Deutscher Bundestag **Drucksache 18/9528**
18. Wahlperiode 05.09.2016

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

A. Problem und Ziel

Der Gesetzentwurf zielt auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

B. Lösung

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) werden weiterentwickelt. An dem Ziel der leistungsorientierten Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert.

Im Einzelnen ist der Gesetzentwurf durch die folgenden Schwerpunkte gekennzeichnet:

– Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart,
– leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument,
– verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen,
– Kalkulation des Entgeltsystems auf der Grundlage empirischer Daten, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein soll,

– Verlängerung der Möglichkeit zur Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf freiwilliger Grundlage um ein Jahr,

– Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld,

– Weiterentwicklung der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen,

– Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen.

Zudem werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 Mittel aus der Liquiditätsreserve zugeführt.

C. Alternativen

Keine. Nach einem im Sommer 2014 gestarteten Diskussionsprozess wurde in den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 die Kritik an der bisherigen Ausrichtung des Psych-Entgeltsystems aufgenommen.

Daher haben die Eckpunkte seitens der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie seitens der Wissenschaft eine breite Zustimmung erfahren. Der Gesetzentwurf setzt diese Eckpunkte um.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für Bund, Länder und Gemeinden können aus den Maßnahmen dieses Gesetzes im Jahr 2017 zusätzliche Ausgaben in Höhe von insgesamt rund 600 000 Euro und ab dem Jahr 2018 in Höhe von insgesamt rund 1 Million Euro jährlich entstehen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes entstehen den gesetzlichen Krankenkassen im Vergleich zum Jahr 2016 im Jahr 2017 Mehrausgaben in Höhe von voraussichtlich rund 36 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 von jährlich rund 60 Millionen Euro. Diesen Mehrausgaben stehen mögliche Einsparungen (z. B. im Zusammenhang mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld) gegenüber, die nicht valide quantifiziert werden können.

Durch die Zuführung eines Betrages von 1,5 Milliarden Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden vorübergehende Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 in entsprechender Höhe ausgeglichen.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes entsteht im Jahr 2017 ein Erfüllungsaufwand von rund 147 000 Euro für die Verwaltung und von rund 55 000 Euro für die Wirtschaft. Im Jahr 2018 reduziert sich die Belastung für die Wirtschaft auf 5 000 Euro und ab dem Jahr 2019 ist mit jährlichen Belastungen in Höhe von rund

10 000 Euro für die Wirtschaft zu rechnen. Für die Verwaltung überwiegen demgegenüber ab dem Jahr 2018 die jährlichen Einsparungen, insbesondere aufgrund des Wegfalls der Konvergenzregelungen zu den Landesbasisentgeltwerten.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 50 000 Euro für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen. Weiterhin entsteht ab dem Jahr 2017 ein jährlicher Erfüllungsaufwand durch zwei neue Informationspflichten. In den Jahren 2017 bis 2018 belaufen sich die Belastungen auf jährlich rund 5 000 Euro, ab dem Jahr 2019 ist mit Belastungen von jährlich rund 10 000 Euro zu rechnen. Hinsichtlich der „One in, One out"-Regel der Bundesregierung kann dies durch einen Teil der Entlastungen aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften kompensiert werden.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Die Bürokratiekosten aus Informationspflichten belaufen sich für die Jahre 2017 bis 2018 auf rund 5 000 Euro jährlich und ab dem Jahr 2019 auf rund 10 000 Euro jährlich.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand auf Bundesebene, der sich auf insgesamt 321 000 Euro beläuft. Dieser verteilt sich wie folgt auf den betrachteten Zeitraum: Im Jahr 2017 ist mit einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 139 000 Euro zu rechnen, für das Jahr 2018 fallen 82 000 Euro an und im Jahr 2021 sind noch einmal 100 000 Euro zu erwarten. Auf Landesebene ergibt sich kein einmaliger Erfüllungsaufwand.

Der jährliche Erfüllungsaufwand ist nach Belastungen auf Bundesebene und Entlastungen auf Landesebene zu differenzieren. Für die Bundesebene entsteht im Jahr 2017 ein Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro, der sich im Jahr 2018 auf 9 000 Euro erhöht und ab dem Jahr 2019 jährlich rund 79 000 Euro beträgt. Für die Landesebene ist ab dem Jahr 2018 mit einer jährlichen Entlastung von rund 353 000 Euro zu rechnen. Bei der Verrechnung des laufenden Erfüllungsaufwands zwischen Bundes- und Landesebene ergibt sich für das Jahr 2017 eine Belastung in Höhe von 8 000 Euro. Im Jahr 2018 betragen die Entlastungen rund 344 000 Euro und ab dem Jahr 2019 jährlich rund 274 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich im Jahr 2017 auf rund 1,8 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 auf rund 3 Millionen Euro jährlich. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüber.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 5. September 2016

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

> Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Gesetzentwurf ist dem Bundesrat am 12. August 2016 als besonders eilbedürftig zugeleitet worden.

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf sowie die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates werden unverzüglich nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

(PsychVVG)

Vom …..

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

„§ 2a

Definition von Krankenhausstandorten

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2017 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition des Standorts eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen eine eindeutige Abgrenzung von Versorgungseinheiten insbesondere in räumlicher, organisatorischer, medizinischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet sein. Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt unberührt. Die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen fest.“

2. In § 10 Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

3. § 17b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 6 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 6 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „(DRG-Systemzuschlag). Der“ durch die Wörter „(DRG-Systemzuschlag); der“ und die Wörter „ein eigenes DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

e) In Absatz 8 Satz 2 und Absatz 10 Satz 1 bis 4 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

4. § 17c Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

b) In Satz 4 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

5. § 17d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“

bb) In Satz 7 wird vor dem Semikolon ein Komma und werden die Wörter „die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesauschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „voll- und teilstationären“ die Wörter „sowie stationsäquivalenten“ eingefügt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „sowie § 17b Absatz 1 Satz 10 und 11 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen“ gestrichen.

c) In Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.“

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt und wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.

dd) In Satz 5 wird das Wort „Bundesministeriums“ durch die Wörter „Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt.

f) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

6. In § 28 Absatz 4 werden die Wörter „DRG-Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4“ durch die Wörter „Datenstelle nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird aufgehoben.

2. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „vollstationären“ ein Komma und das Wort „stationsäquivalenten“ eingefügt.

3. In § 2 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „oder durch das Krankenhaus“ eingefügt.

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016“ die Angabe „oder 2017“ eingefügt.

cc) In Satz 4 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

dd) In Satz 5 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ und die Angabe „Absatzes 3“ durch die Angabe „Absatzes 5“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2019“ ersetzt, wird nach dem Wort „vereinbaren“ das Komma durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt; für das Jahr 2013 ist zusätzlich § 18 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden“ durch die Wörter „ab dem 1. Januar 2017 bildet der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 die maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags“ ersetzt.

bb) In Satz 3 Nummer 1 Buchstabe b werden nach dem Wort „Patienten“ die Wörter „sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt und wird die Angabe „Absatz 6“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

cc) In Satz 4 Nummer 2 werden die Wörter „nach § 6 Absatz 3“ gestrichen.

d) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 3 und 4 eingefügt:

„(3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses, die von den auf Bundesebene vereinbarten Katalogen nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 und 2 umfasst sind,

2. Veränderungen von Art und Menge der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Leistungen, einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung,

3. Kostenentwicklungen sowie Verkürzungen von Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung,

4. die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4,

5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal,

6. eine Anpassungsvereinbarung nach Satz 5.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit der Tatbestand nach Satz 4 Nummer 5 dies erfordert oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde; eine Überschreitung aufgrund der Tatbestände nach Satz 4 Nummer 1 oder Nummer 2 ist nur zulässig, wenn die Veränderung von Art und Menge der Leistungen durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes begründet ist. Sofern die Vertragsparteien unter Berücksichtigung der Erkrankungsschwere der Patientinnen oder Patienten, möglicher Leistungsverlagerungen, regionaler oder

struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Ergebnisse des Vergleichs nach § 4 vereinbaren, dass der Gesamtbetrag zu vermindern oder zu erhöhen ist, haben sie für die Jahre ab 2020 über Umfang, Dauer und weitere Einzelheiten der Anpassung eine Anpassungsvereinbarung zu treffen. Entgelte, die die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich überschreiten, dürfen nur vereinbart werden, wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen die Überschreitung unabweisbar ist. Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Der vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. das Erlösbudget und
2. die Erlössumme.

Der Gesamtbetrag und das Erlösbudget nach Satz 9 Nummer 1 sind um Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Basisberichtigung ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.

(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um 40 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 10 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

e) Die bisherigen Absätze 3 bis 7 werden die Absätze 5 bis 9.

f) Der neue Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „sind für die Jahre 2013 bis 2018 krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte“ durch die Wörter „ist ein krankenhausindividueller Basisentgeltwert“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dazu wird von dem jeweiligen veränderten Erlösbudget nach Absatz 2 Satz 5 oder Absatz 3 Satz 10 die Summe der Zusatzentgelte abgezogen und der sich ergebende Betrag wird durch die vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen dividiert.“

g) In dem neuen Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 1“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 1“ eingefügt.

h) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In dem Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „für die Jahre 2013 bis 2018“ gestrichen und werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 10“ eingefügt.

bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“ ersetzt.

ccc) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „Absatz 2 Satz 5“ die Wörter „oder Absatz 3 Satz 10“ eingefügt.

bb) In Satz 3 Nummer 1, 2 und 3 wird jeweils die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse des Krankenhauses aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 vorzulegen.“

5. § 4 wird wie folgt gefasst:

„§ 4

Leistungsbezogener Vergleich

(1) Zur Unterstützung der Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, erstellen die Vertragsparteien auf Bundesebene einen leistungsbezogenen Vergleich. In die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind insbesondere einzubeziehen

1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen,
2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2,
3. die vereinbarten Entgelte sowie
4. die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung für die Erbringung der jeweiligen Leistungen.

Auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 und der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 sind als Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs insbesondere auszuweisen

1. nach Leistungen oder Leistungsgruppen differenzierend die Bandbreite der vereinbarten Entgelte und statistische Lage- und Streumaße zu diesen Entgelten,
2. die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 sowie
3. der Umfang der personellen Ausstattung.

Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich bundes- und landesweit auszuweisen und können nach Fachgebieten untergliedert werden.

(2) Die Krankenhäuser übermitteln die Daten nach Absatz 1 Satz 2 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Dieses ermittelt die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach Absatz 1 Satz 3 und stellt sie den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Verfügung. Die Ergebnisse sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 genutzt werden können.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „und ab dem Jahr 2019 für besondere Einrichtungen nach § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ und die Wörter „oder die besonderen Einrichtungen“ gestrichen.

      bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

   b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 2 und 3 eingefügt:

      „(2) Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 sachgerecht vergütet werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte; hierzu hat das Krankenhaus die Besonderheiten und die damit verbundenen Zusatzkosten darzulegen. Nach der Vereinbarung eines Entgelts für eine regionale oder strukturelle Besonderheit in der Leistungserbringung haben die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu melden; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende Darlegung der Besonderheit zu übermitteln.

(3) Die Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 sind sachgerecht zu kalkulieren. Das Krankenhaus hat die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten und den anderen Vertragsparteien nach § 11 entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen. In eng begrenzten Ausnahmefällen vereinbaren die Vertragsparteien Zusatzentgelte.“

c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 4 und 5.

d) In dem neuen Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2020“ ersetzt und werden die Wörter „Erlösbudgets nach § 4 und der Erlössumme nach Absatz 3“ durch die Wörter „Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 3“ ersetzt.

e) Der neue Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Werden krankenhausindividuelle Entgelte nach Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 Satz 3 vereinbart, so ist für diese Entgelte im Rahmen des Gesamtbetrags nach § 3 Absatz 2 oder Absatz 3 eine Erlössumme zu bilden.“

7. § 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Entgelten erfasst werden (§ 6 Absatz 1 oder Absatz 3 Satz 3), und für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung (§ 6 Absatz 2),“.

b) In Nummer 5 wird die Angabe „(§ 6 Absatz 2)“ durch die Angabe „(§ 6 Absatz 4)“ ersetzt.

8. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Entlassungs- oder“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

c) Die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden die Absätze 3 bis 5.

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 werden die Wörter „Leistungen und“ durch die Wörter „Leistungen, von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung und von“ ersetzt.

bb) In Nummer 5 werden die Wörter „für die Begrenzung der Entwicklung des Basisentgeltwerts nach § 10 Absatz 3“ gestrichen.

cc) In Nummer 6 werden die Wörter „der Abschnitte E1 bis E3 und B1 und B2 nach der Anlage dieser Verordnung.“ durch die Wörter „der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung, wobei den Zwecken des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 Rechnung zu tragen ist,“ ersetzt.

dd) Die folgenden Nummern 7 bis 9 werden angefügt:

„7. erstmals zum 31. März 2017 und ab 2018 bis zum 28. Februar jeden Jahres, die Benennung von Schlüsseln, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in den Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeführt wurden und sich für diesen Zweck als nicht erforderlich erwiesen haben; das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information soll erforderliche Änderungen im Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum nächstmöglichen Zeitpunkt umsetzen,

8. bis zum 31. März 2017 die Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, insbesondere den einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie das Verfahren für die Übermittlung der Daten,

9. bis zum 1. Januar 2019 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4, insbesondere zu dessen Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung; in die Vereinbarung ist eine Regelung zum Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 4 Absatz 1 Satz 2 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs und zum Verfahren für die Übermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 Absatz 1 Satz 3 an die Vertragsparteien nach § 11 und die Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufzunehmen."

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „bis 3" durch die Wörter „und 2 sowie die Abrechnungsbestimmungen nach Nummer 3" ersetzt.

10. § 10 wird aufgehoben.

11. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 4 werden nach dem Wort „abzuschließen" die Wörter „und unter Verwendung der in Absatz 4 Satz 1 genannten Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren" eingefügt.

b) Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„1. ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr des Vergütungssystems und bis einschließlich des Jahres 2019 die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung sowie die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung nach Anlage 1 in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit Ausnahme der Abschnitte V1, V4, L4 und K4,

2. für die Jahre ab 2020 die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung."

c) In Absatz 5 wird nach dem Wort „Krankenhauses" ein Komma und werden die Wörter „einschließlich regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung," eingefügt.

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Landesbasisentgeltwerts nach § 10 und der" gestrichen und wird das Wort „Basisentgeltwerte" durch das Wort „Basisentgeltwerts" ersetzt.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

13. § 15 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „oder" durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2017" die Angabe „oder 2018" eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „§ 3 Absatz 7 oder § 4 Absatz 10" durch die Angabe „§ 3 Absatz 9" ersetzt.

14. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „oder" durch ein Komma ersetzt und wird nach der Angabe „2016" die Angabe „oder 2017" eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im ersten Halbsatz wird die Angabe „2018" durch die Angabe „2019" ersetzt, werden die Wörter „der Bundespflegesatzverordnung" gestrichen und werden die Wörter „zum 31. Dezember" durch die Wörter „in Vollkräften" ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 müssen insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.“

c) Absatz 3 wird aufgehoben.

15. Die Anlage Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) wird aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 2b wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 3 wird im Satzteil vor der Aufzählung das Wort „Abschlag“ durch die Wörter „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.

   b) In Satz 4 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „oder Satz 2“ eingefügt und werden die Wörter „Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13“ durch die Wörter „für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2“ ersetzt.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 10“ ein Komma und werden die Wörter „des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.

      bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.

   b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „Basisfallwerts“ die Wörter „und des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13“ eingefügt.

Artikel 4

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Absatz 1a Nummer 3 und 5 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 6 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt“ eingefügt.

   b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „ihr DRG-Institut“ durch die Wörter „das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

      bb) In den Sätzen 3 und 4 wird jeweils das Wort „DRG-Institut“ durch die Wörter „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

      cc) In Satz 5 wird das Wort „DRG-Instituts“ durch die Wörter „Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.

3. § 21 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 wird das Wort „Stelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt und wird das Wort „(DRG-Datenstelle)“ gestrichen.

   b) Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

      „b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, ab dem 1. Januar … [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags bis zum 30. Juni … [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] zusätzlich Kennzeichen für den entlassenden Standort,“.

   c) In Absatz 3 Satz 1 im Satzteil vor der Aufzählung, Satz 3 und 6, Absatz 3a Satz 3 und Absatz 5 Satz 2 wird jeweils das Wort „DRG-Datenstelle“ durch das Wort „Datenstelle“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 37a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „und Psychotherapeuten“ eingefügt.

   b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „oder Psychotherapeuten“ eingefügt.

2. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

      „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann."

   b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

      „Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung."

3. In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „für die Berücksichtigung der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4 an den Landesausschuss" eingefügt.

4. Dem § 109 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

   „Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d, vereinbaren die Vertragsparteien nach Satz 1 abweichend von Satz 4 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist. Kommt ein Vertrag nach Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114."

5. Nach § 115c wird folgender § 115d eingefügt:

„§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,

2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,

3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,

4. Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten nach § 109 Absatz 1 Satz 6 auf Grund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.“

6. § 118 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser sowie für psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen entsprechend. In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,

1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,

2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie

3. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.

Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.“

7. § 136 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird das Wort „er“ durch die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere über Qualitätssicherungszuschläge regeln.“

8. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu bestimmt er insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Mindestvorgaben

zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen."

b) In dem neuen Satz 4 werden die Wörter „und Empfehlungen nach Satz 1" durch die Wörter „nach den Sätzen 1 und 2" ersetzt.

c) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 erstmals bis spätestens zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen."

d) In dem neuen Satz 6 wird das Wort „Empfehlungen" durch die Wörter „verbindlichen Mindestvorgaben" ersetzt und wird die Angabe „Satz 1" durch die Angabe „Satz 2" ersetzt.

9. § 136c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden" die Wörter „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen" eingefügt und wird nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden" das Wort „stationären" gestrichen.

b) In Satz 2 wird nach dem Wort „einrichtungsübergreifenden" das Wort „stationären" gestrichen.

10. § 137 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser fest."

11. In § 137a Absatz 6 wird nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss" das Wort „insbesondere" eingefügt.

12. In § 137h Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „in einer Richtlinie nach § 137" durch die Wörter „nach den §§ 136 bis 136b" ersetzt.

13. § 271 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 werden im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt."

14. Dem § 293 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft führen auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Das Verzeichnis ist in nach Satz 10 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Kostenträger nutzen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, sofern dies zur Erfüllung der ihm nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. Das Bundeskartellamt erhält die Daten des Verzeichnisses von der das Verzeichnis führenden Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Erfüllung seiner Aufgaben

nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 30. Juni 2017 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Kennzeichen,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verwendung der Kennzeichen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch die Führung und die Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 10."

15. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 3 wird das Wort „DRG-Datenstelle" durch das Wort „Datenstelle" ersetzt.
   b) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

   „Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b zu beschließenden Bestimmungen bis spätestens zum 1. Januar 2018 einen bundeseinheitlichen Katalog, der nach Art und Umfang der Leistung sowie der zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert, sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist."

16. § 301 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden nach dem Wort „Krankenhäuser" die Wörter „oder ihre Krankenhausträger" eingefügt.
   b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

   „2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar … [einsetzen: Jahreszahl des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres] dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,".

   c) In Nummer 6 werden nach dem Wort „im" die Wörter „oder vom" eingefügt.

Artikel 6

Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613), das durch Artikel 16c des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, werden die Wörter „am 1. Januar 2019" durch die Wörter „am 1. Januar 2020" ersetzt.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.

(2) Artikel 3 tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Datum des Tages des Kabinettbeschlusses] in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Regelungen des Gesetzentwurfs zielen auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern.

Der Koalitionsvertrag vom 16. Dezember 2013 sieht für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik vor, systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen sowie an dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, festzuhalten. Vor diesem Hintergrund wurden bereits im Sommer 2014 maßgebliche Akteure vom Bundesministerium für Gesundheit zu einem strukturierten Dialog eingeladen. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der am strukturierten Dialog Beteiligten sowie weiterer Akteure wurden am 18. Februar 2016 Eckpunkte zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen (Psych-Entgeltsystem) vorgelegt. Die Eckpunkte, die insbesondere auf eine Neuausrichtung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems abzielen, bilden die Grundlage für die Regelungen dieses Gesetzentwurfs.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung des Psych-Entgeltsystems werden weiter entwickelt. An dem Ziel der Leistungsorientierung der Vergütung und der verbesserten Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird festgehalten. Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Vielmehr wird die Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort gestärkt. Eine sektorenübergreifende Versorgung wird gefördert. Im Einzelnen ist der Gesetzentwurf durch die folgenden Schwerpunkte gekennzeichnet:

II.1 Ausgestaltung als Budgetsystem

Das von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG, Spitzenverband Bund der Krankenkassen – GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbarte Psych-Entgeltsystem wird auf der Grundlage eines Budgetsystems angewendet. Damit wird zugleich die bisher vorgesehene Anwendung als Preissystem aufgegeben. Zu erwarten ist, dass die geänderte Zielsetzung (Budget- statt Preisniveau) auch Rückwirkungen auf die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems hat. Die Rückwirkungen für eine Begrenzung des Dokumentationsaufwands auf das notwendige Maß sind frühestmöglich zu berücksichtigen, spätestens für den Katalog des Jahres 2018. In jedem Fall muss das Entgeltsystem geeignet sein, leistungsorientierte Budgetvereinbarungen zu unterstützen und die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu erhöhen. Mit Unterstützung des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltsystems wird das Budget der einzelnen Einrichtung unter Berücksichtigung von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung) vereinbart. Dabei setzen die Verhandlungen auf den bestehenden Budgets auf. Für die Vereinbarung bedarfs- und leistungsgerechter Budgets haben die Vertragsparteien vor Ort unter Nutzung des leistungsbezogenen Vergleichs krankenhausindividuelle Besonderheiten und Leistungsveränderungen zu berücksichtigen. Der leistungsbezogene Vergleich soll als Vergleichs- und Transparenzinstrument den Vertragsparteien vor Ort zur Orientierung in den Vertragsverhandlungen dienen, auch um eine Annäherung von Preisunterschieden zu erreichen, die nicht auf strukturelle Unterschiede zurückgehen. Von den Vertragsparteien vor Ort festgestellte Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets werden krankenhausindividuell

durch Anpassungsvereinbarungen berücksichtigt. Umfang, Dauer sowie weitere Einzelheiten der Anpassungsvereinbarungen gestalten die Vertragsparteien vor Ort aus. Der bisher gesetzlich vorgesehene Konvergenzprozess zu landeseinheitlichen Basisentgeltwerten wird daher aufgegeben. Im Ergebnis wird die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt. An der Leistungsorientierung der Vergütung, der verbesserten Transparenz des Leistungsgeschehens und der empirischen Kalkulation des Psych-Entgeltsystems wird festgehalten.

Angesichts der geänderten Rahmenbedingungen für den Einsatz des Entgeltsystems, das nunmehr nicht mehr als Preis-, sondern als Budgetsystem angewendet werden soll (vgl. § 17d Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG), muss das Entgeltsystem für das Jahr 2018 und die Folgejahre überarbeitet werden und die Pauschalierung gestärkt sowie auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hingewirkt werden. Vor diesem Hintergrund wird die Optionsphase mit dem Jahr 2017 um ein weiteres Jahr verlängert. Damit wird den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen noch länger Gelegenheit gegeben, auf freiwilliger Grundlage Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu sammeln. Im Ergebnis umfasst die Optionsphase somit einen Zeitraum von insgesamt fünf Jahren. Angesichts dieses langen Zeitraums und der nochmaligen einjährigen Verlängerung wird auf eine weitere Unterstützung der Option durch zusätzliche Anreize verzichtet. Für das Jahr 2018 ist das neue Entgeltsystem unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verbindlich anzuwenden.

II.2 Verminderung des Dokumentationsaufwandes

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels, die für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d KHG eingeführt wurden, gestrichen werden können, weil sie sich für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben.

II.3 Leistungsbezogener Vergleich als Transparenzinstrument

Um im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten Basisentgeltwerts und leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte zu unterstützen, wird ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er findet nach dem Ende der budgetneutralen Phase des Psych-Entgeltsystems Anwendung. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

II.4 Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Um eine flächendeckend ausreichende Personalausstattung zu erreichen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die im Rahmen der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung festzulegenden Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Für den größten Teil der in stationären Einrichtungen behandelten psychischen Krankheiten existieren inzwischen S3-Leitlinien. Diese entsprechen der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik von Leitlinien und erfüllen damit alle Elemente einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse). Soweit sich die Personalvorgaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung hat der G-BA zudem die Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Orientierung heranzuziehen und dabei die aktuellen Rahmenbedingungen sowie den Entwicklungsstand in der Versorgung zu berücksichtigen. Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden.

II.5 Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage

Die Kalkulation des Entgeltsystems und seiner bundeseinheitlichen Entgelte erfolgt weiterhin auf Grundlage empirischer Daten und unter Verwendung der Kostendaten der Kalkulationshäuser. Ab dem Jahr 2017 soll die Kalkulationsgrundlage zudem repräsentativen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Nachdem der G-BA verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festgelegt hat,

sollen die Qualitätsvorgaben auch von den Einrichtungen, die an der Kalkulation teilnehmen, als Teilnahmevoraussetzung erfüllt werden. Die Kalkulation der Bewertungsrelationen erfolgt damit perspektivisch bezogen auf die Strukturqualität auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität. In der Übergangsphase bis zur Festlegung der Qualitätsvorgaben durch den G-BA und einer hinreichenden Umsetzung der Qualitätsvorgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll von den Kalkulationshäusern eine 100 prozentige Umsetzung der Psych-PV gefordert werden, die allerdings nur für psychiatrische und nicht für psychosomatische Einrichtungen gilt. Diese Soll-Vorgabe darf jedoch nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Kalkulationsgrundlage verhindert wird. Im Hinblick auf die angestrebte Repräsentativität der Auswahl von Krankenhäusern sind auch psychosomatische Einrichtungen einzubeziehen.

II.6 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Die Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt, indem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung in deren häuslichem Umfeld durch spezielle Behandlungsteams ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten, sofern eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht, die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen. Da die betroffenen Patientinnen oder Patienten derzeit nur durch eine stationäre Aufnahme angemessen versorgt werden können, obwohl eine aufsuchende Behandlung mit einer 24-stündigen Verfügbarkeit der klinischen Ressourcen an sieben Tagen die Woche ausreichend wäre, wird mit dem neuen Behandlungsangebot die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht. Für die Betroffenen führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben. Nach den bisherigen Erfahrungen können durch diese im häuslichen Umfeld erfolgende „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden.

II.7 Weiterentwicklung der psychiatrischen Institutsambulanzen

Die Datengrundlage für die Konkretisierung des Versorgungsbeitrags der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten wird verbessert und damit eine zielgenauere Berücksichtigung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen in der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung ermöglicht.

Gleichzeitig soll mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen Institutsambulanzen hergestellt werden. Hierfür werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die DKG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Umfang der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen.

II.8 Psychosomatische Institutsambulanzen

Psychiatrische Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen werden zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt.

Darüber hinaus wird für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung gestrichen. Damit sind auch diese nicht generell zur psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung ermächtigt, sondern nur zur Behandlung der Gruppe von Kranken, die wegen Art, Dauer und Schwere der Erkrankung der Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz bedürfen. Näheres hierzu ist zwischen dem GKV-Spitzenverband, der DKG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertraglich zu regeln. Zudem haben die Vertragsparteien die Voraussetzungen einer bedarfsgerechten ambulanten psychosomatischen Versorgung und besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung zu bestimmen.

II.9 Regelungen zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, eine bundeseinheitliche Definition der Kriterien von Krankenhausstandorten und der Krankenhausambulanzen festzulegen, die für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung der stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet ist.

Auf dieser Grundlage haben der GKV-Spitzenverband und die DKG künftig ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser und ihrer

Ambulanzen zu führen und zu aktualisieren, wobei mit der Führung des Verzeichnisses auch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt werden kann. Ein solches Verzeichnis ist unter anderem Voraussetzung für die Umsetzung der Regelungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) im Bereich der Qualitätssicherung und der Mengensteuerung.

II.10 Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden im Jahr 2017 einmalig 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Mit diesen Mitteln werden einerseits Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten finanziert. Bei erfolgreicher Integration in den Arbeitsmarkt und der damit perspektivisch zu erwartenden Mehreinnahmen handelt es sich dabei um vorübergehende finanzielle Auswirkungen. Andererseits werden mit diesen Mitteln Investitionen in den Aufbau einer modernen und innovativen Versorgung finanziert, die mittel- bis langfristig zu einer qualitativ besseren sowie wirtschaftlicheren Versorgung führen sollen (Aufbau der Telematikinfrastruktur).

III. Alternativen

Keine.

Nach einem im Sommer 2014 gestarteten Diskussionsprozess wurde mit den Eckpunkten zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 die Kritik an der bisherigen Ausrichtung des Psych-Entgeltsystems aufgenommen.

Daher haben die Eckpunkte seitens der Leistungserbringer und der Kostenträger sowie aus der Wissenschaft eine breite Zustimmung erfahren. Der Gesetzentwurf setzt diese Eckpunkte um.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze durch Bundesgesetz erfolgen. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG). Mit diesem Gesetz soll das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen verbessert werden, indem die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung erhöht wird. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen, um im gesamten Bundesgebiet gleiche Zugangsmöglichkeiten und ein gleiches Versorgungsniveau der akutstationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu gewährleisten. Diese Regelungsziele wären durch landesrechtliche Regelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen und damit zu einer Beeinträchtigung des Fortbestandes eines einheitlichen Versorgungssystems führen würde.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. So kann angesichts der vorgesehenen Umsetzung als Budget- statt als Preissystem und der damit verbundenen Stärkung der Verhandlungskompetenz der Vertragsparteien vor Ort auf das Instrument der „besonderen Einrichtung“ und die gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hoher Kostenunterdeckung verzichtet werden. Als Konsequenz der gestärkten örtlichen Verhandlungskompetenz entfällt auch die schematische Konvergenz an einen Landesbasisentgeltwert. Die bisherigen differenzierten Vorgaben zur Verhandlung von Landesbasisentgeltwerten im Rahmen eines Preissystems werden reduziert auf die rechnerische Ermittlung eines Landesbasisentgeltwerts als Orientierungsmaßstab im Zusammenhang mit dem leistungsbezogenen Vergleich nach § 4 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV). In der Folge ist auch die Genehmigung des Landesbasisentgeltwerts durch die zuständige Landesbehörde nicht mehr erforderlich.

Das Standortverzeichnis für zugelassene Krankenhäuser führt für verschiedene, unter anderem bereits mit dem KHSG eingeführte Aufgaben zu Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen, indem es für die Umsetzung der jeweiligen Aufgaben maßgebliche Informationen in einer bundeseinheitlichen Form zur Verfügung stellt. Dies gilt für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung von stationären Leistungen und für Zwecke der Krankenhausstatistik. Durch die Übermittlung der Verzeichnisdaten an das Bundeskartellamt entfällt dort Aufwand für die fortlaufende Aktualisierung des eigenen Verzeichnisses aus öffentlich verfügbaren Informationen und Auskünften.

Aus Gründen der Rechtsklarheit wird die aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Weiterentwicklung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht mehr aktuelle Fassung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych) als Anlage zur BPflV aufgehoben. Zudem werden abgelaufene Fristen bereinigt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft. Seine Wirkung stärkt eine nachhaltige Entwicklung. Die Maßnahmen dieses Gesetzes tragen dazu bei, dass den Belangen psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen besser Rechnung getragen werden kann als bislang. Insbesondere unterstützt der Gesetzentwurf die Managementregeln 4 und 9, indem er zur Vermeidung von unvertretbaren Risiken für die menschliche Gesundheit beiträgt und sozialer Ausgrenzung vorbeugt. Damit wird der Stärkung des sozialen Zusammenhalts und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben Rechnung getragen. Die vorgesehene Stärkung einer transparenten Abbildung von Leistungen fördert gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf Daten der amtlichen Statistiken und darauf aufsetzenden Schätzungen. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird davon ausgegangen, dass 94 Prozent auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und 6 Prozent auf andere Kostenträger entfallen. Bei dem auf andere Kostenträger entfallenden Anteil werden 75 Prozent der privaten Krankenversicherung und 25 Prozent den öffentlichen Haushalten zugeordnet.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zum Jahr 2016 für alle Kostenträger zu Mehrausgaben in Höhe von rund 39 Millionen Euro im Jahr 2017 und ab dem Jahr 2018 zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rund 65 Millionen Euro. Die voraussichtlichen Mehrausgaben entstehen durch eine dauerhafte Erhöhung des Mindererlösausgleichs für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 20 Prozent auf 50 Prozent. Den Mehrausgaben stehen Einsparungen gegenüber, die nicht quantifiziert werden können (z. B. mögliche Einsparungen im Zusammenhang mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld). Den Mehrausgaben stehen zudem durch die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 Mehreinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 1,5 Milliarden Euro gegenüber, um die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten sowie Investitionen in den Aufbau einer modernen und innovativen Versorgung zu finanzieren.

a) Bund, Länder und Gemeinden

Die genannten Maßnahmen führen rechnerisch zu Mehrausgaben in Höhe von rund 600 000 Euro im Jahr 2017 und ab dem Jahr 2018 in Höhe von rund 1 Million Euro jährlich für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden für Beihilfeleistungen. Hiervon entfallen 30 Prozent auf den Bund, also rund 330 000 Euro.

Beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich im Jahr 2017 geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rund 360 000 Euro und ab dem Jahr 2018 geschätzte jährliche Mehrausgaben von rund 600 000 Euro.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben für die GKV verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung der Bevölkerung mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen auswirken werden. Insbesondere durch die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung sollen akutstationär behandlungsbedürftige Patientinnen und Patienten künftig in ihrer häuslichen Umgebung interdisziplinär durch das Personal des Krankenhauses behandelt werden. Hierdurch wird nicht nur die Patientenorientierung gesteigert und die Qualität der Versorgung durch die Einbeziehung der Alltagsbedingungen verbessert, sondern es sind auch Einsparungen möglich, die jedoch nicht valide quantifiziert werden können.

Auf der Grundlage der insgesamt geschätzten finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes werden für die GKV im Jahr 2017 zusätzliche Ausgaben in Höhe von rund 36 Millionen Euro im Jahr 2017 im Vergleich zu 2016 entstehen. Ab dem Jahr 2018 ist im Vergleich zu 2016 für die GKV von jährlichen zusätzlichen Ausgaben in Höhe von rund 60 Millionen Euro auszugehen.

Durch die Zuführung eines Betrages von 1,5 Milliarden Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 in entsprechender Größenordnung entlastet.

4. Erfüllungsaufwand

Die Vorgaben dieses Gesetzes haben vor allem be- und entlastende Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand der Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene.

4.1 Erfüllungsaufwand der Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 50 000 Euro für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen.

Ein jährlicher Erfüllungsaufwand ergibt sich aus zwei neuen Informationspflichten, die zum Ziel haben, ab dem Jahr 2017 die Personalnachweise gemäß § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPflV-E und ab dem Jahr 2019 die Daten gemäß § 4 Absatz 1 Satz 2 BPflV-E für den leistungsbezogenen Vergleich an das InEK zu übermitteln. Für die Übersendung der Personalnachweise entsteht für alle Einrichtungen ab dem Jahr 2017 insgesamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von jeweils rund 5 000 Euro. Ab dem Jahr 2019 sind zusätzlich auch die Daten für den leistungsbezogenen Vergleich dem InEK zu übermitteln, so dass sich der jährliche Erfüllungsaufwand insgesamt auf rund 10 000 Euro beläuft. Des Weiteren entsteht für die Wirtschaft aus den unter 4.3 näher aufgelisteten Neuregelungen kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dies gilt insbesondere mit Blick darauf, dass Regelungen zur Erfassung und Übermittlung von Daten bereits existieren und die Verhandlungsstrukturen auf lokaler Ebene bereits bestehen.

Durch die veränderte Aufbereitung der Verhandlungsunterlagen, unter anderem damit sie die für den Vergleich erforderlichen Informationen und die Leistungsbeschreibung für die Verhandlung von Entgelten für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung enthalten, und die Erstellung von Personalnachweisen gemäß § 18 Absatz 2 BPflV-E entsteht den Einrichtungen grundsätzlich zusätzlicher Aufwand. Dieser wird

jedoch dadurch kompensiert, dass das Instrument der „besonderen Einrichtung“ nach § 17d Absatz 2 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 6 Absatz 1 BPflV mit entsprechenden Nachweispflichten wegfällt.

Mit § 3 Absatz 3 Satz 6 der BPflV-E wird den Vertragsparteien vor Ort im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Gesamtbetrags bei Bedarf die Möglichkeit eingeräumt, Anpassungsvereinbarungen zur Ermittlung eines leistungsgerechten Budgets zu schließen. Der hiermit verbundene Erfüllungsaufwand wird als ausgabenneutral eingestuft, weil im Gegenzug die vorgesehenen Verhandlungen auf Ortsebene zur Anpassung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert entfallen.

Die bereits nach der Psych-PV bestehende Prüfungsmöglichkeit, ob eine vorgesehene Personalausstattung entsprechend umgesetzt wird, erfolgt ab dem Jahr 2020 verbindlicher über die Vorgabe von Personalnachweisen (§ 18 Absatz 2 BPflV-E). Um die Leistungsorientierung und die Möglichkeit zur Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG zu verbessern, werden die Vorgaben zur Leistungsdokumentation bei psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 101 Absatz 1 Satz 10 SGB V-E) präzisiert. Hierdurch entsteht jeweils geringfügiger Zusatzaufwand, der jedoch nicht quantifizierbar ist.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

Für die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) und das InEK werden mehrere Vorgaben eingeführt, die zu Be- und Entlastungen beim Erfüllungsaufwand führen. Diese werden hier der Verwaltung zugeordnet, da die genannten Institutionen auf gesetzlicher Grundlage als untergesetzliche Normgeber rechtsverbindliche Vereinbarungen mit Wirkung für Dritte treffen.

Bei den nachfolgenden Punkten 2 bis 6 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nähere Einzelheiten zur Ausgestaltung zu vereinbaren. Dabei wurden für die Kalkulation des Erfüllungsaufwands Synergieeffekte unterstellt. Es ist davon auszugehen, dass zusätzlich zu den dort adressierten Fragestellungen in den Sitzungen auch die Ausgestaltung der Personalnachweise für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erörtert wird. Daher sind hierfür keine gesonderten Kosten für den Erfüllungsaufwand ausgewiesen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass in den gesetzlichen Neuregelungen Vorgaben enthalten sind, die im Rahmen der regulär stattfindenden Spitzengespräche der Vertragsparteien auf Bundesebene und weiterer bereits etablierter Arbeitskreise bearbeitet werden. Für diese wurde kein gesonderter Erfüllungsaufwand kalkuliert. Die zusammenfassende Verteilung der Be- und Entlastungen für die Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene ist unter E.3 ausgewiesen. Die folgende Darstellung orientiert sich an der finanziellen Bedeutsamkeit der Maßnahmen.

Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand haben im Einzelnen die folgenden Regelungen:

1. Wegfall der Konvergenz

Mit der Neufassung des § 4 BPflV und der Aufhebung des § 10 BPflV entfallen die nach bisher geltendem Recht vorgesehenen jährlichen Verhandlungen des Landesbasisentgeltwerts und die Anpassung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert im Rahmen eines Konvergenzprozesses. Hierdurch werden regelmäßige Verhandlungsrunden der Vertragsparteien in 16 Bundesländern obsolet. In der Folge wird von einem Einsparvolumen von jährlich rund 353 000 Euro ausgegangen.

2. Leistungsbezogener Vergleich

Die Einführung des leistungsbezogenen Vergleichs gemäß § 4 BPflV-E sieht eine jährliche rechnerische Ermittlung von Vergleichswerten auf der Landes- und Bundesebene sowie gegebenenfalls auf weiteren Aggregationsebenen durch das InEK vor. Für die Erstellung des Konzeptes und der Einrichtung sämtlicher Strukturen für die Durchführung der neuen Aufgaben entsteht dem InEK ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 35 000 Euro im Jahr 2018. Ab dem Jahr 2019 belaufen sich die jährlichen Kosten für die Ermittlung der Ergebnisse sowie die damit in Verbindung stehende Annahme und Bereitstellung der Daten für das InEK auf rund 70 000 Euro. Auf Basis des vom InEK vorgelegten Konzeptes haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene im Jahr 2018 nach § 9 Absatz 1 Nummer 9 BPflV-E die näheren Einzelheiten zu vereinbaren. Hierdurch entsteht auf Bundesebene einmaliger Erfüllungsaufwand im Jahr 2018 in Höhe von rund 47 000 Euro.

3. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld

Mit § 115d SGB V-E erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag zur Festlegung der Anforderungen an die stationsäquivalente psychiatrische Versorgung. Hierdurch entsteht im Jahr 2017 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 47 000 Euro. Für die Erstellung des gesetzlich vorgesehenen Berichts über die Auswirkungen der neuen Leistung bis Ende des Jahres 2021 wurde ein Erfüllungsaufwand von 100 000 Euro geschätzt.

4. Standortdefinition und Standortverzeichnis

Zur Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG-E haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Vereinbarungen zu treffen, durch die ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 47 000 Euro im Jahr 2017 entsteht. Für die Anlage des darauf basierenden Verzeichnisses ergeben sich im gleichen Jahr kalkulatorische Kosten in Höhe von rund 12 000 Euro. Die erforderliche Pflege des Verzeichnisses führt ab dem Jahr 2018 zu geringfügigen jährlichen Kosten.

5. Dokumentation der Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen

Auf der Grundlage bereits geleisteter Vorarbeiten sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene weitere Mindestdifferenzierungsmerkmale für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und eingesetzter personeller Kapazitäten festlegen. Hierdurch entsteht zusätzlicher einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 25 000 Euro.

6. Verminderung des Dokumentationsaufwands

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine jährliche Überprüfung durchzuführen. Ausgehend davon, dass zunächst eine grundlegende Prüfung der bestehenden Klassifikation des Operationen- und Prozedurenschlüssels durchzuführen ist, wird im ersten Jahr von einem etwas höheren Erfüllungsaufwand als in den Folgejahren ausgegangen. Der Erfüllungsaufwand im Jahr 2017 beläuft sich auf rund 16 000 Euro, in den Folgejahren ist mit einem Erfüllungsaufwand in Höhe von 8 000 Euro zu rechnen.

5. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf rund 1,8 Millionen Euro im Jahr 2017 und ab dem Jahr 2018 auf rund 3 Millionen Euro jährlich. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht quantifizierbare Einsparungen gegenüber.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung und weitere Gesetzesfolgen ergeben sich aus den im Gesetz vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

Da bisher keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vorliegen, sollen die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Zu diesem Zweck werden der GKV-Spitzenverband, die DKG und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 115d Absatz 4 SGB V-E verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG)

Zu Nummer 1 (§ 2a)

Zu Absatz 1

Der GKV-Spitzenverband und die DKG werden verpflichtet, Kriterien zur Bestimmung des Standortes eines Krankenhauses und der Ambulanzen eines Krankenhauses (Krankenhausstandort) zu entwickeln. Die festzulegende Definition gilt sodann für den GKV-Spitzenverband, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die DKG, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Auf der Grundlage der festzulegenden Definition ist nach dem neu angefügten § 293 Absatz 6 SGB V vom GKV-Spitzenverband und der DKG ein Verzeichnis der Krankenhausstandorte aufzubauen und zu führen.

Die Definition eines Krankenhausstandortes ist insbesondere erforderlich bei Krankenhäusern, deren Versorgungseinheiten sich nicht alle räumlich an einem Ort befinden. Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben. Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V werden regelmäßig standortbezogen festgelegt und auch der strukturierte Qualitätsbericht ist nach den Vorgaben des G-BA standortbezogen zu erstellen. Gerade für die Qualitätssicherung ist es zum Zwecke der Transparenz von besonderer Bedeutung, nachvollziehen zu können, ob der einzelne Standort oder nur der gesamte Krankenhausträger die vorgegebenen Qualitätsanforderungen einhält. Eine Abgrenzung ist insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzte sinnvoll.

Beim Sicherstellungszuschlag hat der G-BA unter anderem Vorgaben zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) zu beschließen, um zu überprüfen, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden können. Es ist daher unter anderem zwingend auch eine exakte Geokodierung (Breiten- und Längengrad) des Standortes vorzusehen, damit Minutenwerte berechnet werden können.

Auch für eine erfolgreiche Umsetzung des gestuften Systems der Notfallzuschläge in Krankenhäusern ist eine eindeutige Zuordnung erforderlich, da verschiedene Standorte eines Krankenhauses in unterschiedlichem Umfang an der Notfallversorgung beteiligt sein können und daher Anspruch auf unterschiedlich hohe Notfallzuschläge haben können oder Notfallabschläge fällig werden.

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben im Benehmen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Definition so festzulegen, dass diese auch für die Abbildung der Ambulanzen (z. B. Hochschulen, die Hochschulambulanzen betreiben, Standorte der psychiatrischen Institutsambulanzen) geeignet ist und Inkompatibilitäten im Hinblick auf bereits nach geltendem Recht vorgesehene (Standort-) Angaben zu den Ambulanzen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden.

Die Länder sind an die zu vereinbarende Standortdefinition nicht gebunden. Diese hat keine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder. Das Recht der Länder, im Rahmen ihrer Krankenhausplanung die Standorte von Krankenhäusern nach selbst gewählten planerischen Abgrenzungskriterien festzulegen, bleibt unberührt.

Die Definition der Krankenhausstandorte hat keinen Einfluss auf die Budgetverhandlungen der Krankenhäuser. Krankenhäuser mit mehreren Standorten können daher weiterhin ein gemeinsames Budget für alle Standorte vereinbaren. Sind zur Erfüllung von mit der Standortdefinition verbundenen Aufgaben standortbezogene Informationen erforderlich, z. B. für den Nachweis von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, können diese im Rahmen der Budgetverhandlungen auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien auf Ortsebene zusätzlich von dem Krankenhaus angefordert werden (§ 11 Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG -, § 11 Absatz 4 Satz 3 BPflV). Damit bleibt es dem einzelnen Krankenhausträger überlassen, die Entscheidung über eine differenzierte Budgetvereinbarung je Standort oder eine gemeinsame Budgetvereinbarung für alle Standorte zu treffen, ohne dabei die Ziele und Vorteile der Standortdefinition zu beeinträchtigen.

Zu Absatz 2

Um eine einheitliche Abgrenzung von Standorten schnellstmöglich zu erreichen und den Aufbau des Verzeichnisses nach dem neu angefügten § 293 Absatz 6 SGB V zu ermöglichen, ist eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten über die Regelungen zur Bestimmung eines Krankenhausstandortes einigen können. Aufgrund der Notwendigkeit einer Definition insbesondere für die Weiterentwicklung und konsequente Durchsetzung der Qualitätssicherung wird zur Beschleunigung eines etwaigen Schiedsverfahrens von einem Antragserfordernis abgesehen, damit das Verfahren aufgrund des Fehlens von Anträgen nicht verzögert oder zum Erliegen gebracht werden kann. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Vertragsparteien aus eigenem Interesse der Schiedsstelle ihre Vorschläge und Anträge vorlegen werden.

Zu den Nummern 2 bis 4 (§§ 10, 17b und 17c)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist und dementsprechend die Aufgaben im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Einführung sowie der aktuellen Weiterentwicklung und Pflege des pauschalierenden Vergütungssystems und der Investitionsbewertungsrelationen wahrnimmt.

Zu Nummer 5 (§ 17d)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Der gesetzliche Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Einführung und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird aufgrund des geänderten Einsatzzwecks des Entgeltsystems im Rahmen eines Budgetsystems angepasst. In einem Budgetsystem sind die Anforderungen an kostentrennende Patientenkriterien nicht so hoch wie in einem Preissystem. Deshalb kann unter den geänderten Rahmenbedingungen eines Budgetsystems das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden, während das Ziel der exakten Kostentrennung eine geringere Bedeutung erlangt. Insofern ist auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hinzuwirken, die sich auch im Entgeltkatalog für das Jahr 2018 und in den Folgejahren widerspiegelt. Auch zukünftig muss jedoch das Entgeltsystem geeignet sein, leistungsorientierte Budgetvereinbarungen zu unterstützen und die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu erhöhen. Diese Notwendigkeit ergibt sich auch aus dem leistungsbezogenen Vergleich nach § 4 BPflV-E. Entsprechend der bisherigen Vorgehensweise gilt, dass bei einer nicht zustande kommenden Einigung der Vertragsparteien, regelmäßig erfolgt die Einigung bis Ende September des jeweiligen Jahres, eine Konfliktlösung nach § 17d Absatz 6 durch Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgt.

Zu Doppelbuchstaben bb und cc

Die Kalkulation des Psych-Entgeltsystems erfolgt auf der Grundlage empirischer Kosten- und Leistungsdaten. Zusätzlich wird vorgegeben, dass Voraussetzung für die Kalkulationsteilnahme die Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA sein soll, insbesondere von verbindlichen, möglichst evidenzbasierten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Perspektivisch erfolgt damit die Kalkulation bezogen auf die Strukturqualität auf der Grundlage einer guten Versorgungsqualität.

Soweit die Kalkulationseinrichtungen die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegten Anforderungen noch nicht erfüllen können, weil z. B. eine Vorlaufzeit zur Umsetzung dieser Anforderungen in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erforderlich ist, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Übergangsfrist festzulegen, in der die Kalkulationseinrichtungen die Anforderungen zu erfüllen haben. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen erfolgen, die allerdings nur für psychiatrische und nicht für psychosomatische Einrichtungen gelten. Die Kalkulation erfolgt dabei grundsätzlich weiterhin auf der Grundlage der freiwillig an der Kalkulation teilnehmenden psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen beziehungsweise ab dem Kalkulationsjahr 2017 der unter repräsentativen Gesichtspunkten weiter entwickelten Kalkulationsgrundlage. Bis ab dem Jahr 2020 die Personalvorgaben des G-BA von den an der Kalkulation des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen teilnehmenden Krankenhäusern erfüllt werden, soll eine umfassende

Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV erfolgen. Dies darf jedoch nicht dazu führen, dass eine belastbare Kalkulation aufgrund einer nicht mehr hinreichenden Kalkulationsgrundlage unmöglich wird. Im Hinblick auf die angestrebte Repräsentativität der Auswahl von Krankenhäusern sind auch psychosomatische Einrichtungen einzubeziehen. Sofern Kalkulationseinrichtungen die maßgeblichen Personalvorgaben nicht einhalten, kann auf Basis der Kostendaten von Kalkulationseinrichtungen, die die Psych-PV beziehungsweise die Mindestpersonalvorgaben des G-BA erfüllen, eine Hochrechnung auf der Grundlage der an das InEK zu übermittelnden Daten nach § 18 Absatz 2 BPflV-E erfolgen. Sofern die Vertragsparteien auf Bundesebene zur Umsetzung der Personalvorgaben des G-BA durch die Kalkulationseinrichtungen eine Übergangsfrist festgelegt haben, gelten für psychiatrische Einrichtungen die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Personalausstattung für die Dauer der vereinbarten Übergangsfrist weiter.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung stellt klar, dass die Vergütung der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach § 115d SGB V-E den gleichen Regeln folgt wie die Vergütung der voll- und teilstationären Krankenhausleistungen. Solange eine Kalkulation der Entgelte für diese Leistungen auf empirischer Grundlage noch nicht möglich ist, werden die Entgelte daher nach § 17d Absatz 2 Satz 3 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart.

Zu Doppelbuchstabe bb

Angesichts der im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vorgesehenen Ausgestaltung als Budgetsystem statt der Umsetzung als Preissystem kann im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Option der besonderen Einrichtungen sowie auf die vertiefte und gesonderte Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen verzichtet werden. Mit Blick auf die nunmehr dauerhafte Vereinbarung von krankenhausindividuellen Basisentgeltwerten sowie die regelhafte Möglichkeit der Vertragsparteien vor Ort, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung krankenhausindividuell zu berücksichtigen, kann auf entsprechende zusätzliche Instrumente und den damit verbundenen bürokratischen Aufwand verzichtet werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die klarstellt, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Buchstabe d

Absatz 4 wird neu gefasst.

Einerseits werden Rechtsbereinigungen, insbesondere in Form der Streichung abgelaufener Fristen, sowie redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen vorgenommen. Andererseits wird die Optionsphase auch noch auf das Jahr 2017 erstreckt und damit um ein weiteres Jahr verlängert. Hiermit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass sich die Rahmenbedingungen des Entgeltsystems dahingehend ändern, dass es nunmehr nicht mehr als Preis-, sondern als Budgetsystem angewendet wird. Deshalb muss das Entgeltsystem für das Jahr 2018 und die Folgejahre von den Vertragsparteien auf Bundesebene überarbeitet werden und die Pauschalierung gestärkt sowie auf eine Verminderung des Dokumentationsaufwands hingewirkt werden. Zugleich erhalten die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch die Verlängerung der Optionsphase noch länger Gelegenheit, auf freiwilliger Grundlage Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem zu sammeln. Die Anwendung des neuen Entgeltsystems unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen ist für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erstmals für das Jahr 2018 verbindlich.

Nach dem Ende der budgetneutralen Phase haben die Vertragsparteien vor Ort – sofern erforderlich – für die Jahre ab 2020 nach den näheren Vorgaben der BPflV den krankenhausindividuellen Basisentgeltwert und den Gesamtbetrag des Krankenhauses anzupassen. Im Jahr 2020 wird das Entgeltsystem erstmals ökonomisch wirksam. Anstelle einer schematischen Konvergenz ist eine erforderliche Budgetangleichung vertraglich durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren.

Mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr und der dementsprechenden Verschiebung der verbindlichen budgetneutralen Phase wird auch die Frist zur Vorlage des von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorzulegenden Berichts um ein Jahr verschoben.

Zu Buchstabe e

Bei der Streichung in Satz 1 Nummer 3 handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Umsetzung als Preissystem. Da in der Konsequenz im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Option der besonderen Einrichtungen verzichtet wird (siehe dazu auch Buchstabe b Doppelbuchstabe bb), ist auch die Möglichkeit einer Ersatzvornahme in diesem Punkt nicht mehr vorzusehen.

Zudem wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen, die klarstellt, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist. Gleichzeitig wird der Verordnungsgeber sprachlich genau bezeichnet.

Zu Buchstabe f

Aufgrund eines Klageverfahrens gegen eine Vergabeentscheidung musste die Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems von den Vertragsparteien auf Bundesebene zum Jahresende 2015 neu ausgeschrieben werden. Mit einer Vergabe ist voraussichtlich im Sommer 2016 zu rechnen. Aufgrund der entstandenen Verzögerungen in der Beauftragung und Durchführung der Begleitforschung ist mit ersten Ergebnissen nicht bereits im Jahr 2016, sondern erst im Jahr 2017 zu rechnen. Die eintretende Verzögerung ist für die Ergebnisse der Begleitforschung grundsätzlich unkritisch, da die Auswertung auf Basis von Routinedaten erfolgt und deshalb eine rückwirkende Analyse möglich ist.

Zu Nummer 6 (§ 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die die Vorschrift sprachlich anpasst.

Zu Artikel 2 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung – BPflV)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben. Sie ist bei einer kurzen und einfach gegliederten Verordnung wie der BPflV nicht erforderlich. Wird künftig der Inhalt dieser Verordnung verändert, bedarf es keiner Anpassung der Inhaltsübersicht mehr.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 39 SGB V). Geregelt wird, dass auch die von dieser Behandlungsform umfassten Leistungen nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts vergütet werden.

Zu Nummer 3 (§ 2)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Nummer 4 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Änderung der Überschrift, die im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen steht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr verlängert sich auch die Gesamtdauer der budgetneutralen Phase um ein Jahr.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Optionsphase wird auch noch auf das Jahr 2017 erstreckt und damit um ein weiteres Jahr verlängert (vgl. dazu Begründung zu § 17d Absatz 4 KHG-E).

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr und damit der Verschiebung der verbindlichen Anwendung des Psych-Entgeltsystems erst ab dem Jahr 2018.

Zu Doppelbuchstabe dd

Wie bisher wird gewährleistet, dass für die Dauer der budgetneutralen Phase vorzulegende Nachweise über Art und Anzahl der Entgelte nur für die Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und zur Erörterung der medizinischen Leistungsstruktur verwendet werden. Eine vergleichende Verwendung zur Absenkung des Krankenhausbudgets ist bis zum Ende der budgetneutralen Phase nicht zulässig. Zudem erfolgt die Verlängerung der budgetneutralen Phase um ein Jahr als Folgeänderung zu der ebenfalls um ein Jahr verlängerten Optionsphase.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Optionsphase wird auch noch auf das Jahr 2017 erstreckt und damit um ein weiteres Jahr verlängert (vgl. dazu Begründung zu § 17d Absatz 4 KHG-E). Damit umfasst die Optionsphase einen Zeitraum von insgesamt fünf Jahren. Angesichts dieses langen Zeitraums und der nochmaligen einjährigen Verlängerung wird auf eine weitere Unterstützung der Option durch zusätzliche Anreize verzichtet. Im Ergebnis läuft zum 31. Dezember 2016 rechtsbereinigend der Anreiz aus, dass psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Optionsjahren Gebrauch von dem neuen Vergütungssystem machen, einen Zuwachs ihres Gesamtbetrags bis zur Höhe des doppelten Veränderungswerts vereinbaren können. Für die optionale Anwendung des neuen Entgeltsystems im Jahr 2017 und auch danach für die anschließende verpflichtende Anwendung des neuen Entgeltsystems ist somit die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags wieder auf den einfachen Veränderungswert begrenzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich einerseits um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der neuen Struktur der Norm. Andererseits wird die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser die für Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erbrachten Leistungen nicht in den Gesamtbetrag einbeziehen. In der Folge ist der Gesamtbetrag nicht nur um die Kosten der Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, sondern auch um die Kosten der Leistungen für die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu vermindern.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um die Streichung eines fehlerhaften Verweises. Die Erlössumme bleibt Bestandteil des Gesamtbetrags.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 regelt die Einzelheiten zur Vereinbarung des Krankenhausbudgets (Gesamtbetrag) ab dem Jahr 2020, also ab dem Jahr der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems. Der Gesamtbetrag umfasst mit Ausnahme von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Absatz 4), von Zu- und Abschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3, der auf Verlangen des Krankenhauses ausgegliederten Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten sowie der Leistungen für die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sämtliche allgemeine Krankenhausleistungen des Krankenhauses im Anwendungsbereich der BPflV.

Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags wird der für das Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag bestimmt, der um Tatbestände zu vermindern ist, die im Folgejahr nicht mehr mit dem Gesamtbetrag finanziert werden, der um periodenfremde Zahlungen zu bereinigen ist, die sonst zu Verzerrungen führen würden, und

der um die Ausgliederung oder Wiedereingliederung von Tatbeständen zu verändern ist, die nicht mehr beziehungsweise wieder Bestandteil des Krankenhausbudgets werden. Durch den Bezug auf Absatz 2 Satz 5 wird gewährleistet, dass bestehende Rechtsansprüche aus Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre berücksichtigt werden.

In einer nicht abschließenden Aufzählung werden als bei der Verhandlung des Gesamtbetrags ab dem Jahr 2020 zu berücksichtigende Aspekte die folgenden Tatbestände aufgeführt:

– Für eine leistungsbezogene Budgetvereinbarung sind nach den Nummern 1 und 2 insbesondere die voraussichtlich im Budgetjahr zu erbringenden Leistungen des Krankenhauses nach Art und Anzahl in Höhe ihrer zusätzlichen Kosten zu vereinbaren. Hier sind neben den voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses zukünftig auch Leistungen im Rahmen der neuen stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld einzubeziehen. Dabei erfasst Nummer 1 die auf Bundesebene bewerteten Entgelte (tagesbezogene Entgelte mit Bewertungsrelationen und Zusatzentgelte). Nummer 2 adressiert die Leistungen, für die krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart werden. Letzteres schließt auch Entgelte ein, für die nach § 6 Absatz 2 regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbart werden können, die nicht bereits anderweitig finanziert werden beziehungsweise anderweitig zu finanzieren sind. Für den leistungsbezogenen Vergleich nach § 4 und damit aus Gründen der Transparenz, aber auch für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems, sind nach einer Entgeltvereinbarung von den an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Informationen (Art und Höhe des Entgelts, Kalkulationsunterlagen, Beschreibung der Besonderheit) an das InEK zu übermitteln (vgl. § 6 Absatz 2 Satz 2). Als mögliche Besonderheiten, die zu einem nicht sachgerecht in den bundesweiten Entgeltkatalogen berücksichtigten Mehraufwand führen, lassen sich benennen, z. B. die Wahrnehmung von zusätzlichen Aufgaben und zusätzliche Strukturanforderungen im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung, ein zusätzlicher, pflegesatzfähiger Aufwand im Zusammenhang mit der gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie z. B. ein personeller Mehraufwand durch den Betrieb von gemeindenahen Satellitenstationen. Mögliche Besonderheiten können auch durch strukturelle Aspekte begründet sein, die sich aus der spezialisierten Behandlung bestimmter Patientengruppen wie z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie ergeben, deren medizinisch begründete Spezifika zu berücksichtigen sind. Mögliche Besonderheiten können auch Aufwandsunterschiede umfassen, die durch abweichende Formen der Leistungserbringung bedingt sind (z. B. andere Therapiekonzepte). Entsprechende Besonderheiten liegen jedoch nicht bei bloßen Kostenunterschieden vor, also wenn z. B. identische oder vergleichbare Therapiekonzepte unterschiedlich wirtschaftlich erbracht werden. Nicht umfasst sind in diesem Zusammenhang auch baulich-strukturelle Besonderheiten, deren Beseitigung durch investive Maßnahmen zu erfolgen hat, die aus Fördermitteln der Länder zu decken sind. Unter den Nummern 1 und 2 sind auch Leistungszuwächse zu berücksichtigen, die sich durch zusätzliche Kapazitäten für medizinische Leistungen aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes ergeben. Nicht als Leistungsveränderung zu werten sind Effekte, die durch Änderungen der Entgeltkataloge (Katalogeffekt), der Abrechnungsbestimmungen oder der Kodierrichtlinien entstehen.

– Nach Nummer 3 sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für die Leistungserbringung des Krankenhauses einerseits relevante Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Andererseits sind – wie bereits nach geltendem Recht (§ 6 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung in Verbindung mit § 18 Absatz 1) – Verkürzungen der Verweildauern, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Leistungsverlagerungen, z. B. in die ambulante Versorgung, zu berücksichtigen. Voraussetzung dabei ist jeweils, dass die entsprechenden Tatbestände nicht bereits anderweitig beachtet wurden.

– Nach Nummer 4 sind für die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags auch die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 einzubeziehen. Über die Art und Weise möglicher Konsequenzen entscheiden die Vertragsparteien vor Ort; sie vereinbaren die Einzelheiten im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung.

– Sobald die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegten Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung vorliegen, die zum Jahr 2020 die Vorgaben der Psych-PV ablösen, sind nach Nummer 5 die G-BA-Festlegungen zur Personalausstattung bei der Budgetverhandlung zu berücksichtigen. Die mit den G-BA-Festlegungen im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten sind über den Gesamtbetrag zu berücksichtigen. Mit Blick auf die befristeten Zuschläge nach

§ 5 Absatz 4, die für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Richtlinien gelten, darf hierdurch jedoch keine doppelte Finanzierung entstehen. Wie bei der Finanzierung der Vorgaben nach der Psych-PV ist auch bei den Vorgaben des G-BA zu gewährleisten, dass die hierfür bereitgestellten Mittel auch zweckentsprechend verwendet werden.

– Für die Höhe des Gesamtbetrags ist nach Nummer 6 zudem auch eine nach Satz 6 von den Vertragsparteien vor Ort zu schließende Anpassungsvereinbarung zu berücksichtigen, die unter Würdigung der krankenhausindividuellen Situation eine flexible Anpassung des bisherigen Krankenhausbudgets in Richtung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags ermöglicht. Mit einer Anpassungsvereinbarung können die Vertragsparteien festlegen, dass ein erkannter Anpassungsbedarf hinsichtlich der Höhe des Gesamtbetrages über einen mehrjährigen Zeitraum gestreckt wird. In diesem Fall wird der erkannte Anpassungsbedarf in dem kalenderjährlich zu vereinbarenden Gesamtbetrag nur anteilig berücksichtigt. Ist ein Gesamtbetrag entsprechend § 11 Absatz 2 Satz 2 für mehrere Kalenderjahre vereinbart worden, kann einem mehrjährigen Anpassungsbedarf auch in diesem Rahmen Rechnung getragen werden.

Ergebnis der aufgeführten, zu berücksichtigenden Tatbestände soll somit ein leistungsorientierter Gesamtbetrag sein beziehungsweise, soweit erforderlich, die Vereinbarung eines Weges, wie ein leistungsorientierter Gesamtbetrag perspektivisch erreicht werden kann.

Der jeweils maßgebliche Veränderungswert bildet grundsätzlich die Obergrenze für den Zuwachs des Gesamtbetrags gegenüber dem Vorjahr. Soweit dies zur Vereinbarung eines leistungsorientierten Gesamtbetrags erforderlich ist, legt Satz 5 jedoch Tatbestände fest, die eine Überschreitung der Obergrenze ermöglichen. Sofern eine Überschreitung notwendig ist, um die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festzulegenden Vorgaben für die Personalausstattung zu gewährleisten, ist eine Überschreitung der Obergrenze zulässig. Eine Überschreitung der Obergrenze ist auch zulässig, sofern sich dies aus einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 ergibt. Für Veränderungen der Art und Anzahl der Leistungen ist eine Überschreitung der Obergrenze nur dann möglich, soweit der Leistungszuwachs durch einen durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründeten Kapazitätszuwachs begründet ist. Nach dem Ende der budgetneutralen Phase des neuen Vergütungssystems haben die Vertragsparteien vor Ort im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Gesamtbetrags soweit erforderlich Anpassungsvereinbarungen zu treffen, deren Umsetzung bedarfsbezogen im Hinblick auf Umfang und Dauer sowie weitere Einzelheiten auszugestalten ist. Regelhaft ist von einer Umsetzung über mehrere Jahre auszugehen, die bei erforderlichen Anpassungen mögliche Versorgungsprobleme vermeidet. Die Alternative zu einer mehrjährigen Anpassungsvereinbarung ist bei geringfügigem Änderungsbedarf die direkte Umsetzung bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags. Bedarf für eine krankenhausindividuell zu vereinbarende schrittweise Erhöhung oder Absenkung des bisherigen Gesamtbetrags durch eine Anpassungsvereinbarung kann sich insbesondere aus der über das leistungsorientierte Vergütungssystem nach § 17d KHG dokumentierten Art und Schwere der Erkrankungen ergeben, die in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden, aus möglichen Leistungsverlagerungen in andere nicht-stationäre Versorgungsbereiche, aus den von den Vertragsparteien vor Ort vereinbarten regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie aus den Ergebnissen des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4. Die bislang vorgesehene Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt. Stattdessen wird über krankenhausindividuelle Anpassungsvereinbarungen die Verhandlungsebene vor Ort gestärkt.

Liegen der Basisentgeltwert des Krankenhauses oder zu vereinbarende krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 deutlich über den maßgeblichen Vergleichswerten des Vergleichs nach § 4, so hat der Krankenhausträger vor Abschluss einer Anpassungsvereinbarung die Gründe für die erforderlichen höheren Entgelte schlüssig darzulegen. Der Vortrag des Krankenhausträgers darf sich nicht in abstrakten Behauptungen erschöpfen, sondern muss auf nachweisbaren Fakten beruhen. Für Tatbestände, deren Ursache in der Einhaltung zwingender rechtlicher Vorgaben liegen (z. B. tarifvertragliche Vorgaben oder Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalausstattung), wird die Unabweisbarkeit eher anzunehmen sein als bei baulich-strukturellen Tatbeständen aufgrund mangelnder Investitionsmittel oder bei ineffizienten Abläufen.

Von einer deutlichen Überschreitung wird in der Regel dann auszugehen sein, wenn die maßgeblichen Vergleichswerte um mehr als ein Drittel überschritten werden. Die Substantiierungslast von Gründen, die zur Vereinbarung einer geringeren Anpassung des Gesamtbetrags oder zu einer über eine längere Zeitdauer gestreckten Anpassung des Gesamtbetrags führen, liegt damit beim Krankenhausträger. Bei einer Unterschreitung der maßgeblichen Vergleichswerte kann das Krankenhaus auf freiwilliger Grundlage die Gründe für höhere Entgelte darlegen.

Gelingt den Vertragsparteien vor Ort keine Einigung auf eine Anpassungsvereinbarung, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13. Sofern sich auf der Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vom Krankenhaus vorgenommen wurde, ist im Rahmen des Krankenhausbudgets zudem zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Ein zweckwidriger Einsatz von Finanzmitteln, die für Personalstellen vorgesehen sind, ist nicht zulässig.

Für möglichst belastbare Vergleichsinformationen ist es erforderlich, dass der vereinbarte Gesamtbetrag aufgeteilt wird in das Erlösbudget, das die bundesweiten Entgelte umfasst, sowie die Erlössumme für die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 6 Absatz 1 bis 3. Eine entsprechende Aufteilung ist z. B. als Vorstufe zur Ermittlung eines möglichst aussagekräftigen krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts erforderlich.

Bestehende Rechtsansprüche aus Ausgleichen und Berichtigungen für Vorjahre sind bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags und des Erlösbudgets zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

Aus rechtssystematischen Gründen wird eine erforderliche Berichtigung des Gesamtbetrags im Fall der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen anstelle der bisherigen Regelung durch § 18 Absatz 3 im Rahmen der Übergangsvorschriften entsprechend in den Vorgaben für die Vereinbarung des Gesamtbetrags geregelt. Zudem wird klargestellt, dass die Umsetzung eines aufgrund von Tariferhöhungen erforderlichen Berichtigungsbetrags nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts eingeschränkt wird.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die neue Absatzzählung bedingt ist.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um Folgeänderungen im neuen Absatz 5 (Absatz 3 alt) im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, werden zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt. Sofern kein anderer Zeitraum vereinbart wird, werden diese krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte kalenderjährlich ermittelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Psych-Entgeltgesetz wurde den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene die Möglichkeit eingeräumt, die zunächst in der BPflV festgelegte AEB-Psych durch Vereinbarung weiterzuentwickeln. Hiervon haben die Selbstverwaltungspartner zwischenzeitlich Gebrauch gemacht. Insbesondere haben sie bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts im Hinblick auf die Berücksichtigung der sogenannten Überlieger (Patientinnen oder Patienten, die zum Jahreswechsel stationär oder teilstationär in Behandlung sind) ein anderes als das zunächst in der BPflV vorgesehene Verfahren vereinbart. Der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert wird danach aus der vereinbarten Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Kalenderjahr unter anteiliger Einbeziehung der Überlieger berechnet. Diese Änderung wird jetzt auch in der BPflV nachvollzogen.

Zu Buchstabe g

Die Regelung gewährleistet, dass bei nicht nach dem KHG geförderten Krankenhäusern die Investitionskosten für neue Investitionsmaßnahmen auch ab dem Jahr 2020 im Gesamtbetrag berücksichtigt werden können, soweit der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert niedriger ist als der geschätzte durchschnittliche Basisentgeltwert der Krankenhäuser im Land. Hierfür kann ein vom InEK im Rahmen des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 ermittelter landesweiter Mittelwert herangezogen werden.

Zu Buchstabe h

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, insbesondere damit zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt werden. Um dauerhaft für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen das Schätzfehlerrisiko und Probleme einer nicht hinreichenden Kodierqualität zu mindern, wird der Mindererlösausgleichssatz ab dem Jahr 2017 auf 50 Prozent statt wie bisher vorgesehen auf 20 Prozent verbessert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Um eine sichere Grundlage für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse herzustellen, sind die relevanten Erlöse – entsprechend der Vorgaben für allgemeine Krankenhäuser (vgl. § 4 Absatz 3 Satz 7 KHEntgG) – durch ein Testat eines Wirtschaftsprüfers abzusichern. Das Testat muss die Erlöse aus Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie aus krankenhausindividuellen Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 4 umfassen.

Zu Nummer 5 (§ 4)

§ 4, der bislang Vorgaben für die Vereinbarung der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen während der Konvergenzphase macht, wird neu gefasst.

Zu Absatz 1

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte und Erlösbudgets wird abgelöst. Mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen wird stattdessen ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt. Er unterstützt die Vertragsparteien vor Ort bei der Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags, eines leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwerts und sonstiger leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung zu vereinbaren sind. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Gründe für regional verhandelte Besonderheiten transparent machen und damit zur Vergleichbarkeit von regionalen und strukturellen Besonderheiten beitragen. Dabei ist auch ein Bezug zwischen der personellen Ausstattung und den erbrachten Leistungen herzustellen. Für nicht durch das Leistungsspektrum oder regionale oder strukturelle Besonderheiten des Krankenhauses aufklärbare Budgetunterschiede soll im Wege der Verhandlung ein Prozess organisiert werden, durch den auf eine Annäherung zu leistungsorientierten Budgetniveaus hingewirkt wird. Grundsätzlich sind Erhöhungen und Absenkungen der Budgets möglich.

In Satz 2 werden die Daten aufgezählt, die auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser insbesondere bereit zu stellen sind, damit sie in die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs einbezogen werden können. Hierzu gehören die bislang in Budgetverhandlungen vereinbarten Leistungen und ihre Entgelte sowie neben den mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen abzurechnenden Leistungen auch regionale oder strukturelle Besonderheiten nach § 6 Absatz 2. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können in ihrer Vereinbarung nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 9 weitere Angaben festlegen, die in die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs einbezogen werden. Hierzu können beispielsweise Strukturparameter wie die Anzahl der Betten eines Krankenhauses zählen.

Satz 3 beschreibt die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs, die auf der Grundlage der von den einzelnen Krankenhäusern bereit gestellten Daten insbesondere ermittelt und ausgewiesen werden. Die Leistungen der Einrichtungen und ihre Vergütung sind im Rahmen der Budgetverhandlungen mit diesen Größen zu vergleichen. Auszuweisen ist insbesondere die Bandbreite der vereinbarten Entgelte. Hierdurch wird transparent, in welchem Korridor die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte (Basisentgeltwerte und weitere krankenhausindividuelle Entgelte) liegen. Die statistischen Lagemaße (z. B. arithmetischer Mittelwert und Median) und Streumaße (z. B. Standardabweichung und Varianz) liefern den Vereinbarungspartnern des Gesamtbetrags Informationen darüber, wie sich die krankenhausindividuellen Entgelte in dem Korridor verteilen. Die Kosten von Krankenhäusern können sich auch aufgrund von regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung unterscheiden. Die Ausweisung der Besonderheiten ermöglicht den Vereinbarungspartnern des Gesamtbetrags

einen Vergleich sowohl mit Krankenhäusern, die diese Besonderheiten nicht aufweisen, als auch mit Krankenhäusern, die dieselbe Besonderheit aufweisen. Zu den Besonderheiten zählt beispielsweise die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung. Zudem beeinflussen insbesondere unterschiedliche personelle Ausstattungen der Einrichtungen die Kosten der Krankenhäuser. Die Personalausstattung der einzelnen Einrichtung kann – unter Berücksichtigung der verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA zur Personalausstattung – gegenüber der durchschnittlichen Personalausstattung nach oben und unten abweichen, wodurch gegenüber dem Durchschnitt sowohl erhöhte als auch niedrigere krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte erklärt werden können. Als Grundlage für entsprechende Analysen sind mit Beginn der Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs für das Jahr 2020 die Ergebnisse der Nachweise nach § 18 Absatz 2 zur personellen Ausstattung heranzuziehen.

Die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind grundsätzlich auf Landes- und Bundesebene auszuweisen. Sind für die Vereinbarung eines leistungsgerechten Gesamtbetrags oder leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte darüber hinaus weitere Vergleiche erforderlich, können auch andere Aggregationsebenen in den Vergleich einbezogen werden. Da sich die Leistungen und die Kosten zwischen unterschiedlichen Fachgebieten unterscheiden können, können die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs z. B. für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie und -psychotherapie oder die Psychosomatik differenziert ausgewiesen werden, um bestehenden Besonderheiten sachgerecht Rechnung zu tragen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können in ihrer Vereinbarung nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 9 weitere Angaben festlegen, die zur Beurteilung leistungsgerechter Budgets in die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs einbezogen werden. Hierzu kann beispielsweise auch eine weitere Differenzierung zwischen Fachkliniken und Fachabteilungen an somatischen Krankenhäusern zählen.

Zu Absatz 2

Im Rahmen des von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu erstellenden leistungsbezogenen Vergleichs wird das InEK als Einrichtung der Selbstverwaltungspartner durch Absatz 2 mit konkreten Aufgaben beauftragt. Daneben werden Regelungen für die notwendigen Datenübermittlungen getroffen. Nach Satz 1 haben die Krankenhäuser dem InEK die für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs erforderlichen Daten zu übermitteln. Satz 2 sieht vor, dass das InEK auf der Grundlage der übermittelten Daten die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs ermittelt und sie den Vertragsparteien auf Ortsebene und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG zur Unterstützung für die Budgetverhandlungen auf örtlicher Ebene zur Verfügung stellt. Die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach dem neuen § 9 Absatz 1 Nummer 9 enthält Vorgaben für die Datenübermittlungen nach Satz 1 und 2.

Zu Nummer 6 (§ 6)

§ 6 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Umsetzung als Preissystem angepasst und erhält eine neue Gliederung.

Zu Buchstabe a

Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird auf das zusätzliche Instrument der besonderen Einrichtungen verzichtet (siehe dazu auch § 17d Absatz 2 KHG). Die Vertragsparteien vor Ort können demgegenüber zukünftig bei entsprechendem Bedarf krankenhausindividuelle Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung vereinbaren. Entsprechende Regelungen enthält der neue Absatz 2 (siehe dazu Begründung zu Buchstabe b, zu Absatz 2).

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2

Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vergütet werden, können mit Beginn der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems ab dem Jahr 2020 die Vertragsparteien vor Ort für den Vereinbarungszeitraum tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren.

Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das InEK und fügen dieser Meldung die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulati-

onsunterlagen einschließlich der Darlegung der regionalen oder strukturellen Besonderheit durch das Krankenhaus bei. Das InEK erhält somit die erforderlichen Informationen, um prüfen zu können, ob die bislang mit krankenhausindividuellen Entgelten vergüteten regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung in Folgejahren gegebenenfalls bundeseinheitlich kalkuliert werden können und ob bei der Kalkulation einzelne Kostenpositionen oder Kostenanteile abzuziehen sind, um eine Doppelvergütung zu vermeiden.

Zu Absatz 3

Es handelt sich vorwiegend um eine redaktionelle Änderung, die durch die neue Struktur der Norm bedingt ist. Der neue Absatz 3 beinhaltet die bislang in Absatz 1 enthaltene Aussage, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte sachgerecht zu kalkulieren sind. Dabei sind wie bisher die Empfehlungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 4 zu beachten. Ergänzt wurde der Hinweis, dass entsprechende Kalkulationsunterlagen vorzulegen sind. Diese Regelungen werden auf die Entgelte des neuen Absatz 2 erweitert. Auch der Hinweis, dass die Vertragsparteien in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte vereinbaren, findet sich nunmehr in dem neuen Absatz 3 wieder. Klarstellend ist darauf hinzuweisen, dass auch etwaige krankenhausindividuelle Zusatzentgelte sachgerecht zu kalkulieren sind.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 6.

Zu Buchstabe d

Krankenhausindividuelle Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können von den Vertragsparteien vor Ort nach dem Ende der budgetneutralen Phase vereinbart werden, also dann, wenn das neue Entgeltsystem auf der Grundlage krankenhausindividueller Vereinbarungen unter Berücksichtigung der einjährigen Verlängerung der budgetneutralen Phase im Jahr 2020 ökonomische Wirksamkeit entfaltet. Zudem erfolgt eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, wodurch zukünftig auch über die budgetneutrale Phase hinaus krankenhausindividuelle Basisentgeltwerte ermittelt werden und auf eine schematische Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen verzichtet wird.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 6. Zudem wird der neue Absatz 5 rechtsbereinigend angepasst. Weiterhin bleibt die Erlössumme Bestandteil des Gesamtbetrags.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als Budgetsystem und dem Verzicht der Umsetzung als Preissystem. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird auf die Option der besonderen Einrichtungen verzichtet (siehe dazu auch § 17d Absatz 2 KHG-E). Die Vertragsparteien vor Ort können demgegenüber krankenhausindividuelle Entgelte zukünftig auch für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung nach § 6 Absatz 2 vereinbaren.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 6.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Mit dem Psych-Entgeltgesetz wurde den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene die Möglichkeit eingeräumt, die zunächst in der BPflV festgelegte AEB-Psych durch Vereinbarung weiterzuentwickeln. Hiervon haben die Selbstverwaltungspartner zwischenzeitlich Gebrauch gemacht. Insbesondere haben sie bei der Frage, wann für den Entlassungstag ein Entgelt vereinbart werden kann, ein anderes als das zunächst in der BPflV vorgesehene Verfahren vereinbart. Danach kann nicht nur bei teilstationärer Behandlung, sondern auch bei vollstationärer Behandlung ein Entgelt für den Entlassungstag vereinbart werden. Diese Änderung wird jetzt auch in der BPflV nachvollzogen.

Zu Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Absatz 3, der Vorgaben für den von Krankenhäusern in den neuen Bundesländern zu berechnenden Investitionszuschlag nach Artikel 14 Absatz 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes macht, wird aufgehoben, da die Regelung zum Jahresende 2014 ausgelaufen ist.

Zu Nummer 9 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung zu den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffenden Empfehlungen für die Kalkulation und für die Vergütung von Leistungen, für die krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind, wird um Empfehlungen für die krankenhausindividuelle Vergütung von nicht bereits anderweitig finanzierten beziehungsweise zu finanzierenden regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung erweitert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren und dementsprechend dient auch der Veränderungswert nicht mehr der Zuwachsbegrenzung eines entsprechenden Landesbasisentgeltwerts.

Zu Doppelbuchstabe cc

Da der Gesetzgeber mit § 9 Absatz 1 Nummer 6 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Weiterentwicklung der AEB-Psych beauftragt hat, die zwischenzeitlich auch erfolgt ist, wird aus Gründen der Rechtsklarheit für die Anwender die nicht mehr aktuelle Fassung der Anlage aufgehoben. Bei der Weiterentwicklung der AEB-Psych haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den für den Vergleich nach § 4 benötigten Daten Rechnung zu tragen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Zur Verminderung des Dokumentationsaufwands haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach Nummer 7 zukünftig jährlich zu prüfen, ob Schlüssel des vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels, die für den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d KHG eingeführt wurden, gestrichen werden können, weil sie sich nach Prüfung für den Zweck des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17d KHG als nicht erforderlich erwiesen haben. Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene soll dann das DIMDI eine Streichung von Schlüsseln aus den medizinischen Klassifikationen prüfen und vornehmen. Von einer Streichung kann das DIMDI lediglich dann absehen, wenn diese Schlüssel für andere Zwecke (z. B. zur Qualitätssicherung oder für andere Abrechnungssysteme) erforderlich sind sowie durch die Streichung die Konsistenz der Klassifikation beeinträchtigt würde. Darüber hinaus muss der Operationen- und Prozedurenschlüssel hinsichtlich der Möglichkeiten für die Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen überprüft werden. Hier sind die medizinischen Fachgesellschaften und weitere Beteiligten mit Blick auf den leistungsbezogenen Vergleich noch mehr als bisher in der Pflicht – auch unter Berücksichtigung der in hochwertigen Leitlinien dargestellten fachlichen Standards –, geeignete Vorschläge für eine aussagekräftige Beschreibung der Leistungen vorzulegen. Die Aufnahme neuer Kodes nimmt das DIMDI im Rahmen der regulären Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vor.

Mit Nummer 8 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2017 verpflichtet, insbesondere die Einzelheiten für den Nachweis nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3, zum einheitlichen Aufbau der Datensätze sowie zur Datenübermittlung vorzugeben. Die Ausgestaltung des Nachweises muss insbesondere gewährleisten, dass zukünftig bezogen auf die einzelne psychiatrische und psychosomatische Einrichtung belastbare Informationen über die von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte Stellenbesetzung, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie den Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen nach der Psych-PV beziehungsweise ab dem Jahr 2020 nach den vom G-BA nach § 136a Absatz 2

SGB V festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal vorliegen. Um in einem Routineverfahren aussagekräftige Daten zu gewinnen, sind zudem ein einheitlicher Datenaufbau sowie eindeutige Datenübermittlungsvorschriften erforderlich.

Über die gesetzlichen Vorgaben des § 4 zum leistungsbezogenen Vergleich hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene gemäß der neuen Nummer 9 insbesondere die Einzelheiten zur Ausgestaltung, Organisation, Durchführung, Finanzierung und Anwendung des Vergleichs bis zum 1. Januar 2019 zu vereinbaren. Die Vereinbarung erfolgt auf der Grundlage eines Konzepts des InEK. Bei der Vereinbarung der näheren Einzelheiten haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Regelung zum Verfahren für die Übermittlung der Daten von den Krankenhäusern an das InEK zu treffen, die das InEK zur Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs benötigt. Daneben hat die Vereinbarung auch zu berücksichtigen, dass den Vertragsparteien nach § 11 und den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG die Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs für die Vorklärung nach § 11 Absatz 5 rechtzeitig für eine prospektive Budgetvereinbarung zur Verfügung zu stellen sind (vgl. auch den neuen § 4 Absatz 2 Satz 3). Für die Übermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs sind daher geeignete Fristen zu vereinbaren. Um ein möglichst aufwandsarmes Verfahren zu etablieren, ist in der Vereinbarung zu berücksichtigen, dass dem InEK Informationen, die es zur Ermittlung der Ergebnisse des Krankenhausvergleichs benötigt, bereits vorliegen. Dies gilt für die Nachweise zur Personalausstattung nach dem neuen § 18 Absatz 2. Andere für den leistungsbezogenen Vergleich relevante Daten werden bereits auf Grund der Regelung der Nummer 6 zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung von den Krankenhäusern erhoben. Für diese Daten ist lediglich ein Verfahren zur Übermittlung an das InEK, nicht jedoch ein gesondertes Verfahren zur Erhebung zu vereinbaren.

In der Vereinbarung kann zudem festgelegt werden, dass das InEK bei fehlenden Datenmeldungen von Krankenhäusern Schätzungen vornimmt oder die fehlenden Werte auf anderem Wege ersetzt. Für nicht meldende Krankenhäuser können Sanktionen vorgesehen werden, um eine vollständige und damit belastbare Datengrundlage für den leistungsbezogenen Vergleich zu gewährleisten. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können hinsichtlich des Verfahrens für die Datenübermittlung auch eine Übermittlung auf maschinenlesbaren Datenträgern vereinbaren.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung kann bei ausstehenden Vereinbarungen zu den Zu- und Abschlägen im Konfliktfall die Bundesschiedsstelle angerufen werden. Damit wird ein uneinheitlicher Konfliktlösungsmechanismus im Hinblick auf die Vereinbarung von Regelungen zu den Zu- und Abschlägen verhindert, da die Bundesschiedsstelle auch bei den Regelungen zu den Zu- und Abschlägen nach dem KHEntgG entscheidet.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Die Vorschrift des § 10 wird im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen aufgehoben. Als Konsequenz aus der ersatzlosen Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig von den Vertragsparteien auf Landesebene auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Landesebene werden insoweit von bürokratischem Aufwand entlastet.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Die Änderung sieht vor, dass die Unterlagen nach § 11 Absatz 4 Satz 1 nicht nur für die Vorbereitung der Verhandlung, sondern auch zur Dokumentation der Verhandlungsergebnisse zu nutzen sind.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen ergeben sich für die in § 11 Absatz 4 genannten Unterlagen folgende Regelungen:

– Die Unterlagen nach Satz 1 Nummer 1 sind bis Ende der budgetneutralen Phase im Jahr 2019 vorzulegen.

– Als Folge der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen wird der Abschnitt B2 gestrichen. Zudem erfolgt eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der einjährigen Verschiebung des Beginns der ökonomischen Wirksamkeit des neuen Entgeltsystems, die nunmehr ab dem Jahr 2020 vorgesehen ist.

Zu Buchstabe c

Um eine prospektive und zügige Vereinbarung zu ermöglichen, haben die Vertragsparteien vor Ort neben wesentlichen Fragen zum Versorgungsauftrag, zur Leistungsstruktur des Krankenhauses und zu den Zu- und Abschlägen zukünftig auch wesentliche Fragen im Zusammenhang mit regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung nach dem neuen § 6 Absatz 2 frühzeitig gemeinsam vorab zu klären.

Zu Nummer 12 (§ 14)

Es handelt sich um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Als Konsequenz aus der Streichung einer schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen, die durch ein von den Vertragsparteien vor Ort gestaltbares Budgetsystem ersetzt wird, ist zukünftig von den Vertragsparteien auf Landesebene auch kein Landesbasisentgeltwert mehr zu vereinbaren. Dementsprechend ist hierzu keine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde mehr erforderlich.

Zu Nummer 13 (§ 15)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr und damit auch der einjährigen Verschiebung der erstmaligen verbindlichen Anwendung des neuen Entgeltsystems, die nunmehr für das Jahr 2018 vorgesehen ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich einerseits um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der neuen Struktur des § 3 und andererseits durch den Wegfall der schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen in § 4 um eine Änderung im Zusammenhang mit der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen.

Zu Nummer 14 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr.

Zu Buchstabe b

Bei der Änderung der Jahreszahl handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der Optionsphase um ein Jahr.

Psychiatrische Einrichtungen haben einen Anspruch auf die Finanzierung der Zahl der Personalstellen nach den Vorgaben der Psych-PV sowie auf die budgeterhöhend zu berücksichtigende Nachverhandlung von fehlenden Personalstellen, wenn die Vorgaben der Psych-PV in der Vergangenheit nicht in vollem Umfang umgesetzt wurden. Satz 1, der bereits bisher eine Nachweisverpflichtung für die nachverhandelten Personalstellen beinhaltet, regelt nunmehr auch, dass die tatsächliche Stellenbesetzung auf der Grundlage der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften zu erfolgen hat und nicht zu einem Stichtag. Die Sätze 2 und 4 bis 6 regeln die Einzelheiten für einen Nachweis der Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV zu der Zahl der Personalstellen jenseits des Nachverhandlungsanspruchs. Dies ist erforderlich, da bislang keine hinreichende Transparenz besteht, inwieweit der Finanzierungsanspruch auch zu einer Personalausstattung geführt hat, die mit dem von der Psych-PV vorgesehenen Behandlungsangebot korrespondiert. Durch Satz 2 in Verbindung mit Satz 5 wird deshalb gegenüber dem InEK eine Nachweisverpflichtung auf der Grundlage der nach der Psych-PV vereinbarten Stellenbesetzung sowie der tatsächlichen Personalbesetzung im Jahresdurchschnitt eingeführt. Für Vergleichszwecke hat die tatsächliche Stellenbesetzung ebenso wie die vereinbarte Stellenbesetzung auch die in der Psych-PV aufgeführten Berufsgruppen jeweils zu berücksichtigen. Bei der vereinbarten wie der tatsächlichen Stellenbesetzung ist zu gewährleisten, dass die vereinbarten Stellen beziehungsweise das vorhandene Personal umfassend berücksichtigt

werden, das heißt einschließlich unter anderem der Personalbemessung, die nicht vom Regeldienst umfasst ist (z. B. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken), abweichender Vereinbarungen zur Zahl der Personalstellen sowie der Personalbemessung für Leitungskräfte. Die ermittelten Stellen sind jeweils in Vollkräften auszuweisen. Damit kann die Transparenz über den Stand der Einhaltung der Vorgaben der Psych-PV gestärkt werden. Indem nach Satz 4 ein Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung zu erbringen ist, kann zudem die fehlende Transparenz gewonnen werden, inwieweit Mittel beziehungsweise zusätzliche Mittel zweckentsprechend für ein Personal- und Behandlungsangebot verwendet werden. Satz 3 gibt in Verbindung mit Satz 5 sowohl gegenüber dem InEK als gegenüber den Kostenträgern entsprechende Nachweise für die vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V zu beschließenden und ab 1. Januar 2020 geltenden verbindlichen Mindestvorgaben zur personellen Ausstattung vor. Nach Satz 4 ist auch hierfür eine zweckentsprechende Mittelverwendung nachzuweisen. Die vom Krankenhaus nachzuweisenden Angaben sind nach Satz 6 jeweils bis zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem InEK zu übermitteln, damit die Informationen für die Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems genutzt werden können, z. B. zur Beantwortung der Frage, inwieweit auf gesetzlicher Grundlage vorgegebene personelle Anforderungen von den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfüllt werden. Zudem können die Daten für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs genutzt werden. Erstmals zum 1. August 2017 haben die Krankenhäuser die Informationen für das Jahr 2016 zu übermitteln.

Zudem wird in Satz 2 eine redaktionelle Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung der budgetneutralen Phase umgesetzt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung des Absatzes 3 wird aus rechtssystematischen Gründen dort aufgehoben und entsprechend in § 3 Absatz 4 übertragen.

Zu Nummer 15 (Anlage)

Da der Gesetzgeber mit § 9 Absatz 1 Nummer 6 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Weiterentwicklung der AEB-Psych beauftragt hat, die zwischenzeitlich auch erfolgt ist, wird aus Gründen der Rechtsklarheit für die Anwender die nicht mehr aktuelle Fassung der Anlage aufgehoben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Durch die Änderung wird klargestellt, dass Bemessungsgrundlage für einen halbierten Fixkostendegressionsabschlag die jeweils vom Krankenhaus nach § 4 Absatz 2b Satz 1 oder Satz 2 anzuwendende Abschlagshöhe ist. Nach § 4 Absatz 2b Satz 1 bildet die maßgebliche Bemessungsgrundlage grundsätzlich die von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe. Soweit jedoch die Vertragsparteien vor Ort nach § 4 Absatz 2b Satz 2 für das jeweilige Krankenhaus einen höheren Abschlag vereinbart haben, stellt dieser für das Krankenhaus die Grundlage für den halbierten Fixkostendegressionsabschlag dar.

Zu Nummer 2 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung bezieht auch die von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbarende Höhe des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13 in den Genehmigungsvorbehalt durch die zuständige Landesbehörde ein. Damit wird die auf Landesebene getroffene Vereinbarung oder Festsetzung zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags der gleichen Rechtskontrolle unterworfen wie etwa die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts, des Erlösbudgets oder der krankenhausindividuellen Zu- und Abschläge. Dies ist sachgerecht, da die Höhe der Mehrausgaben der Krankenkassen für Mengensteigerungen im Krankenhausbereich maßgeblich durch die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bestimmt wird. Außerdem wird hierdurch eine Vereinheitlichung des Rechtsschutzes erreicht, da sowohl Klagen gegen die Genehmigung des Fixkostendegressionsabschlags als auch Klagen gegen die Genehmigung des Landesbasisfallwerts gegen die Genehmigungsbehörde gerichtet werden müssen.

Wie die auf Landesebene getroffene Vereinbarung oder Festsetzung zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13 ist auch die konkrete Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags nach § 4 Absatz 2b

durch die Vertragsparteien auf Ortsebene von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Einer Ergänzung des § 14 bedarf es insoweit nicht, da der krankenhausindividuelle Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Absatz 2b bereits nach geltender Rechtslage als Teil der „krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ im Sinne von § 14 Absatz 1 Satz 1 von dem Genehmigungsvorbehalt erfasst wird. Der Gesetzgeber hat diese Formulierung bewusst offen gefasst, um sämtliche krankenhausindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge, z. B. auch den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a, dem Genehmigungsvorbehalt zu unterwerfen (vgl. Bundestags-Drucksache 18/2909 vom 15. Oktober 2014, Seite 47).

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Doppelbuchstabe aa. Die zuständige Landesbehörde hat wie bei der Genehmigung des Landesbasisfallwerts innerhalb von vier Wochen über die Genehmigung zu entscheiden, da der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 Grundlage für die Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 ist und insofern eine zügige Entscheidung erforderlich ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa. Da der Fixkostendegressionsabschlag, ebenso wie der Landesbasisfallwert, von den Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren ist, ist es sachgerecht, dass der Verwaltungsrechtsweg – wie beim Landesbasisfallwert – nur von den Vertragsparteien auf Landesebene beschritten werden kann. Damit der genehmigte Fixkostendegressionsabschlag auf Ortsebene zeitnah zur Anwendung kommt, haben Klagen gegen die Genehmigungsentscheidung keine aufschiebende Wirkung.

Zu Artikel 4 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)

Zu Nummer 1 (§ 9)

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Auf der Grundlage des § 10 Absatz 6 hat der Gesetzgeber dem Statistischen Bundesamt den Auftrag erteilt, jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt. Für eine sachgerechte Ermittlung des Orientierungswerts ist es erforderlich, dass das Statistische Bundesamt dauerhaft Daten über die Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser erheben kann. Das Bundesministerium für Gesundheit wird daher ermächtigt, die sich aus dem Ergebnis des Weiterentwicklungsauftrags als erforderlich ergebenden Erhebungsmerkmale im Einzelnen in einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festzulegen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, die klarstellen, dass das InEK das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist.

Zu Nummer 3 (§ 21)

Zu Buchstabe a und c

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen in Form sprachlicher Anpassungen der Vorschrift.

Zu Buchstabe b

Das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V-E ist auch im Zusammenhang mit den Daten nach § 21 zu übermitteln. Hintergrund ist, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Daten nach § 21 zur Entwicklung und Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b und § 17d KHG und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 KHG und damit auch zur Definition der Zu- und Abschlagstatbestände nutzen. Außerdem benötigt das Bundeskartellamt die Daten zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen mit Standortbezug, um die Wettbewerbssituation regional bewerten zu können. Schließlich nutzen das Institut nach § 137a SGB V oder eine andere vom G-BA nach § 91 SGB V beauftragte Stelle die Daten, um Maßnahmen

der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 SGB V durchzuführen oder definieren zu können. Ohne eine Verankerung des Kennzeichens nach § 293 Absatz 6 SGB V-E in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b können die genannten Aufgaben nicht zielführend umgesetzt werden.

Damit die Krankenhäuser ausreichend Zeit haben, um die erforderlichen Umstellungen zur Nutzung des Kennzeichens für die genannten Zwecke vorzunehmen, ist dieses erstmalig nach einem zeitlichen Vorlauf von drei Jahren zu übermitteln. Zusätzlich sind aus statistischen Gründen in diesem Jahr auch noch die Vorjahreskennzeichen für den entlassenden Standort zu übermitteln.

Zu Artikel 5 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 37a)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden durch die Änderung des § 73 die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen erweitert und der G-BA beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, gegebenenfalls auch besondere Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln. Mit der Änderung wird diese Erweiterung der Befugnis auch in § 37a Absatz 2 Nummer 3 und 5 nachvollzogen.

Zu Nummer 2 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung in Satz 1 wird eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld als neue Behandlungsform der Krankenhausbehandlung eingeführt. Die leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Einzelheiten dieser Behandlungsform sind in den neuen Sätzen 4 und 5 und im neuen § 115d geregelt.

Satz 2 regelt, dass die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung als alternative Behandlungsform gleichwertig neben der vollstationären Aufnahme in das Krankenhaus steht. Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen entscheidet das Krankenhaus, ob es die Krankenhausbehandlung vollstationär oder stationsäquivalent durchführt. Ein Vorrangverhältnis besteht insoweit nicht.

Zu Buchstabe b

Die neuen Sätze 4 und 5 enthalten die leistungsrechtliche Regelung der Behandlungsform einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Durch die Einführung dieser Behandlungsform wird eine Lücke geschlossen, die bei der Behandlung psychisch schwer kranker Menschen besteht. Sofern die Betroffenen im Rahmen einer ambulanten oder teilstationären Behandlung in einer Tages- oder Nachtklinik nicht angemessen versorgt werden können, besteht bisher nur die Möglichkeit, sie stationär aufzunehmen, da insbesondere Patienten mit kompliziertem Krankheitsverlauf und psychosozialen Beeinträchtigungen häufig nicht in der Lage sind, die vorhandenen Behandlungsangebote aktiv aufzusuchen. Versorgungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten jedoch möglichst dicht an ihrer Lebenswelt angesiedelt sein. Wenn die Betroffenen bei Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen während der Behandlung in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, führt dies zu geringeren Einschnitten in ihrem Alltagsleben und ermöglicht eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext der Patienten. Dies kann den Betroffenen helfen, Trennungen und Beziehungsabbrüche zu vermeiden, Bindungen aufrechtzuerhalten und Familienkompetenzen zu erhalten oder zu verbessern und dadurch die Nachhaltigkeit der Behandlung zu stärken. Dadurch ist die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung insbesondere auch für psychisch kranke Menschen geeignet, die Kinder zu versorgen haben. Durch die Behandlung im häuslichen Kontext können die Erziehungskompetenz des betroffenen Elternteils erhalten und verbessert und somit die familiären Verhältnisse stabilisiert werden. Dies kommt insbesondere den Kindern psychisch kranker Eltern zugute. Außerdem ist diese Behandlung auch für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geeignet; psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maße auf die sie umgebenden Systeme, wie beispielsweise das System Familie, angewiesen. Zugleich wird hierdurch eine konstante therapeutische Beziehung unter Einbeziehung des sozialen Umfelds gefördert, etwa wenn die Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld fortgesetzt wird. Die Kontinuität einer therapeutischen Beziehung ist einer der effektstärksten Wirkfaktoren in der Therapie psychisch kranker Menschen. Da die Behandlung im häuslichen Umfeld erfolgt und für eine Patientin oder einen Patienten immer das gleiche Behandlungsteam zuständig ist, können Orts-, Arzt- und Therapeutenwechsel weitestgehend vermieden und ein gleitender Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung ermöglicht werden.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist bei schweren psychiatrischen Leiden eine stationäre Behandlung erforderlich im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 2, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann, weil es auf das Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams aus z. B. Diplom-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo-, Bewegungs- und sonstigen Therapeuten sowie psychiatrisch geschultem Pflegepersonal unter fachärztlicher Leitung ankommt. Bei einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld, die einen intensiven, in Inhalt, Flexibilität und Komplexität der vollstationären Behandlung vergleichbaren psychiatrischen Behandlungsansatz umfasst, werden die Patienten bei stationärer Behandlungsnotwendigkeit in akuten Krankheitsphasen durch mobile, ebenfalls fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Behandlungsteams aus den vorhandenen Klinikressourcen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt. Wenn im häuslichen Bereich der kranken Person Kinder leben, fällt gleichzeitig auch das Wohl der Kinder verstärkt in den Blick. Im Bereich der Gerontopsychiatrie kann bei Patientinnen und Patienten, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben, die stationsäquivalente Behandlung in diesem Heim erfolgen. Neben täglichen Therapiekontakten und einer integrierten multimodalen psychiatrischen Behandlung werden durch die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter eine 24-stündige klinische Therapieverantwortung und individuelle Hilfeleistungen an sieben Tagen der Woche gewährleistet. Voraussetzung für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld ist, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht. Bei dieser Behandlungsform handelt es sich daher nicht um eine Behandlung, die nach Art und Intensität auch durch sonstige aufsuchende Behandlungsformen erbracht werden kann. Es handelt sich vielmehr um eine komplexe Behandlungsform des Krankenhauses, die patientenorientiert und medizinisch indiziert nicht an ein stationäres Bett gebunden ist. Stationäre Aufenthalte können hierdurch verkürzt oder ganz vermieden werden. Es ist daher zu erwarten, dass diese „Krankenhausbehandlung ohne Bett" im häuslichen Umfeld auch zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird.

Die neue Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld greift bestehende Versorgungsansätze zur Versorgung psychisch schwer kranker Menschen auf und leitet sie in die Regelversorgung über. Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 Satz 1, die eine komplexe psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zum Gegenstand haben, bleiben unberührt.

Zu Nummer 3 (§ 101)

Der G-BA beschließt gemäß Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen über Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten (vgl. § 72 Absatz 1 Satz 2) berücksichtigt werden. Bisher sind die in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 tätigen Ärzte und/oder Psychotherapeuten nach den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit einem Anrechnungsfaktor von pauschal 0,5 je Einrichtung zu berücksichtigen, sofern keine belastbaren Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen (§ 22 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Neuregelung dient dem Ziel, die Datengrundlage für die Anrechnung des Versorgungsbeitrags der in psychiatrischen Institutsambulanzen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zu verbessern und eine zielgenauere Berücksichtigung der in den ermächtigten Einrichtungen (z. B. wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten) erbrachten Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu erleichtern, um im Ergebnis eine pauschale Anrechnung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbeitrag der betreffenden Einrichtung zu vermeiden. Hierfür werden die Einrichtungen verpflichtet, standortbezogen die Angaben zu den in den Einrichtungen zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten nach Maßgabe der Dokumentationen der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß dem neuen § 295 Absatz 1b Satz 4 den Landesausschüssen zur Verfügung zu stellen. Dabei handelt es sich um Angaben zur Anzahl der eingesetzten personellen Kapazitäten und somit nicht um personenbezogene Daten. Bei der Bestimmung der Standorte sind die Kriterien nach § 2a KHG-E zugrunde zu legen.

Zu Nummer 4 (§ 109)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld durch den neuen § 115d. Aufgrund dessen können psychisch kranke Menschen, für die bisher nur eine stationäre Behandlung in Betracht gekommen ist, künftig in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden. Daher ist zu erwarten, dass Krankenhäuser, die diese Behandlungsform erbringen, mit einem geringeren Bestand

an Krankenhausbetten auskommen. Dies konnte von den Ländern bei der Aufstellung der Krankenhauspläne nicht berücksichtigt werden. Aufgrund der Dauer der Planungsprozesse ist auch eine kurzfristige Anpassung der Krankenhauspläne nicht möglich. Um eine kurzfristige Anpassung der Bettenzahl an den geringeren Bettenbedarf zu ermöglichen, wird vorgesehen, dass die Vertragsparteien vor Ort im Benehmen mit dem Land vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle nach § 114. Die Planungshoheit der Länder wird hierdurch nicht berührt, da die Leistungsstruktur des Krankenhauses durch die Vereinbarung nicht verändert werden darf und das Land nicht an einer Fortschreibung seiner Krankenhausplanung gehindert ist.

Zu Nummer 5 (§ 115d)

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 begrenzt die Berechtigung zur Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld auf psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung und auf Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung und beschreibt die an die Leistungserbringung gestellten Voraussetzungen. Berechtigt sind danach die Einrichtungen, die aufgrund der Regelungen des Betreuungsrechts und der Landesunterbringungsgesetze verpflichtet sind, die dort genannten psychisch kranken Personen aufzunehmen. Diese Beschränkung ist sachgerecht, da die Behandlungsform der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld besondere Anforderungen an die Qualifikation des Personals und die Flexibilität der Organisation des Krankenhauses stellt. Diese Voraussetzungen sind typischerweise in Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung – unabhängig von deren rechtlicher Ausgestaltung – erfüllt, da diese in der Lage sein müssen, auch sehr kurzfristig auf wechselnde Bedarfslagen zu reagieren. Die Entscheidung über die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung unterliegt der therapeutischen und organisatorischen Entscheidung des Krankenhauses, das hierbei auch die Belange der Angehörigen der kranken Person zu berücksichtigen hat. Dieses kann in medizinisch geeigneten Fällen die Leistung anordnen, wenn die Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit während der gesamten Behandlungsdauer fortbesteht, eine stationäre Aufnahme aber nicht erforderlich ist. Ferner ist die neue Behandlungsform eine psychiatrische Akutbehandlung. Das heißt, dass sie – ebenso wie eine vollstationäre Behandlung – nur in akuten Krankheitsphasen erbracht werden kann, in denen diese Form der komplexen Intensivbehandlung erforderlich ist. In Bezug auf den Inhalt der neuen Behandlungsform wird auf die Begründung zu § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 verwiesen.

In Absatz 1 Satz 2 wird festgestellt, dass die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei den Krankenhausträgern liegt. Das betrifft insbesondere die Rufbereitschaft des Behandlungsteams sowie die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit. Im Rahmen seiner Therapieverantwortung muss das Krankenhaus außerdem dafür Sorge tragen, dass es auf kurzfristige Verschlechterungen des Gesundheitszustands der Betroffenen mit einer vollstationären Aufnahme reagieren kann.

Angesichts der Komplexität der stationsäquivalenten Behandlung und der Notwendigkeit, in deren Rahmen auch kurzfristig auf die Infrastruktur des Krankenhauses zurückgreifen zu können, ist die Erbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung auf Krankenhäuser beschränkt. Insoweit geht die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld strukturell über die aufsuchende Behandlung hinaus, die an der ambulanten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, wie etwa niedergelassene Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren oder psychiatrische Institutsambulanzen ausüben. Allerdings schließt dies nicht aus, dass das Krankenhaus diese Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus in geeigneten Fällen, beispielsweise unter den Gesichtspunkten der Wohnortnähe oder der Behandlungskontinuität, mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen kann, sofern die Qualität der stationsäquivalenten Gesamtbehandlung gewährleistet ist. In geeigneten Fällen kann die Behandlung auch in Kooperation mit den kommunalen sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen. Allerdings soll die Tätigkeit dieser Dienste durch die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nicht eingeschränkt oder ersetzt werden. Die Vergütung hat auch in diesen Fällen ausschließlich nach Krankenhausfinanzierungsrecht gegenüber dem Krankenhaus zu erfolgen. Die Weiterleitung der Vergütung ist im Innenverhältnis zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer zu regeln.

Zu Absatz 2

In Satz 1 werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die DKG verpflichtet, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Regelungen zur Ausgestaltung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu vereinbaren.

Mit Nummer 1 wird klargestellt, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert werden muss (z. B. durch eine Krankenhauseinweisung).

Mit Nummer 2 werden die Vertragsparteien beauftragt, die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu vereinbaren. Da es sich bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld um eine Krankenhausleistung handelt, gelten zunächst die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Soweit darüber hinaus noch besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erforderlich sind, sind diese vertraglich zu vereinbaren.

Hinsichtlich des in Nummer 3 enthaltenen Auftrags an die Vertragsparteien, die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu vereinbaren, wird auf die Begründung zu Absatz 1 Satz 3 verwiesen.

Da zu erwarten ist, dass die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld zu einem Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten führen wird, enthält Nummer 4 den Auftrag an die Vertragsparteien, Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten zu vereinbaren. Die Umsetzung erfolgt in den Versorgungsverträgen nach § 109.

Um die Leistungserbringung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, ist in Satz 2 eine Schiedsstellenlösung für den Fall vorgesehen, dass die Vertragsparteien sich nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten über die in § 115d Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 4 vorgesehenen Regelungen zur Ausgestaltung der neuen Behandlungsform einigen können. Zur Beschleunigung eines etwaigen Schiedsverfahrens wird von einem Antragserfordernis abgesehen. Die Schiedsstelle trifft ihre Entscheidung auf der Grundlage vorliegender Vorschläge.

Die Schiedsstelle trifft keine Entscheidung über die nach § 115d Absatz 3 zu vereinbarende Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Unterschiedliche Auffassungen in diesem Zusammenhang sind – wie sonst auch – im Rahmen des Verfahrens zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI zu klären.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die DKG beauftragt, im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Einführung eines entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssels zu entwickeln, damit die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld möglichst frühzeitig in die empirische Kalkulation einbezogen werden kann. Die Vereinbarung ist bis zum 28. Februar 2017 zu treffen, damit fristgerecht ein diesbezüglicher Antrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen beim DIMDI gestellt werden kann. Auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung können psychiatrische Einrichtungen dann für das Jahr 2018 eine krankenhausindividuelle Vergütung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld vereinbaren. Die krankenhausindividuellen Vergütungen sollen durch auf Bundesebene kalkulierte Entgelte abgelöst werden, sobald eine Kalkulation der Leistung auf der Grundlage von Kosten- und Leistungsdaten von psychiatrischen Einrichtungen möglich ist.

Zu Absatz 4

Da bisher keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld vorliegen, sollen die Auswirkungen dieser neuen Behandlungsform auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie ihre finanziellen Auswirkungen in einem Zeitraum von fünf Jahren evaluiert werden. Zu diesem Zweck werden der GKV-Spitzenverband, die DKG und der Verband der Privaten Krankenversicherung verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen. Aufgrund dieses Berichts kann dann etwa die Entscheidung getroffen werden, ob und in welcher Form z. B. Netzwerke ambulanter Leistungserbringer die stationsäquivalente Behandlung selbständig, das heißt nicht nur im Wege der Beauftragung, durchführen können.

Zu Nummer 6 (§ 118)

§ 118 Absatz 3 wird dahingehend ergänzt, dass auch die psychiatrischen Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt sind. Die Ergänzung ist sachgerecht, weil die psychiatrischen Krankenhäuser eine große Sachnähe zur Psychosomatik aufweisen und bislang nicht ausdrücklich zum Kreis der nach § 118 Absatz 3 ermächtigten Leistungserbringer gehören. Parallel zu den für Allgemeinkrankenhäuser geltenden Voraussetzungen ist auch im Hinblick auf die Ermächtigung der psychiatrischen Krankenhäuser zu fordern, dass eine selbständige, fachärztlich geleitete psychosomatische Abteilung vorgehalten wird.

Darüber hinaus wird das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung gestrichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass eine Ermächtigung zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen auch dann möglich ist, wenn – wie dies derzeit der Fall ist – Regelungen zur regionalen Versorgungsverpflichtung im Bereich der Psychosomatik nicht existieren. Das Kriterium der regionalen Versorgungsverpflichtung, das mit der Annahme einer besonderen Fachkompetenz verbunden ist, wird ersetzt durch die Vorgabe, dass die Vertragsparteien in dem Vertrag zur Konkretisierung des Ermächtigungsumfangs entsprechend § 118 Absatz 2 Satz 2 auch Regelungen aufnehmen, unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil die Einrichtung eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnimmt, und welche besonderen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung zu stellen sind. Außerdem wird festgelegt, dass eine ambulante ärztliche Behandlung in psychosomatischen Institutsambulanzen – vergleichbar der Situation bei Hochschulambulanzen – nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Überweisung soll in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen. Damit wird eine systemkonforme Koordination der Versorgungsebenen vorgesehen, wobei die psychosomatischen Institutsambulanzen die psychotherapeutisch-medizinische Versorgung, die regelmäßig durch die zugelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführt wird, sachgerecht ergänzen sollen. Nach dem Bundesarztregister nehmen derzeit insgesamt 2 591 Ärztinnen und Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Soweit die psychotherapeutisch-medizinische Versorgung darüber hinaus auch durch andere Ärzte, wie z. B. die ärztlichen Psychotherapeuten oder durch Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sichergestellt wird, sollen die Vertragsparteien dies bei der Ausgestaltung des Überweisungserfordernisses angemessen berücksichtigen. Besondere Regelungen zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und zur Vermeidung medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen sind gerechtfertigt, weil die Ermächtigung zur ambulanten Leistungserbringung von vornherein nur diejenigen Fälle umfasst, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärzte nicht erfolgreich behandelt werden können. Bei den Qualitätsanforderungen kann es sich etwa um spezielle Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals, an die Ausstattung der Einrichtungen oder an den Inhalt von Qualitätsberichten handeln. Weiteres Kriterium kann das Vorhandensein eines breit gefächerten Fachabteilungsspektrums sein, um den speziellen interdisziplinären Belangen der Psychosomatik bestmöglich zu entsprechen. Unabhängig hiervon haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, welche Gruppe von Kranken aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz bedarf.

Zu Nummer 7 (§ 136)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes in Absatz 1.

Zu Buchstabe b

Gemäß Satz 2 hat der G-BA die Verantwortung für erforderliche Bestimmungen zur Umsetzung der Richtlinien nach Satz 1. Mit der Ergänzung in Satz 3 wird klargestellt, dass diese Kompetenz zur Festlegung von Durchführungsbestimmungen neben Regelungen zur Organisation und zu erforderlichen Strukturen für die Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auch Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) umfasst. Der G-BA ist danach ausdrücklich ermächtigt, die Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung insbesondere durch Qualitätssicherungszuschläge zu regeln, die

wie bei den §§ 87 Absatz 3c, 139c oder § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG entweder sektorspezifisch oder sektorenübergreifend gestaltet werden können. Die Einschränkung zur Finanzierung von „notwendigen“ Strukturen hebt die Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit für diese Bestimmungen hervor.

Zu Nummer 8 (§ 136a)

Mit den Änderungen wird gewährleistet, dass die Einführung des Budgetsystems auf Grundlage des bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs für stationäre und teilstationäre Leistungen noch stringenter mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die insbesondere die notwendige personelle Ausstattung gewährleisten, begleitet wird.

Zu Buchstabe a

Die Änderung des Satzes 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in den Sätzen 2 und 3.

Zur Sicherung der Behandlungsqualität wird der G-BA durch die Änderungen im neuen Satz 2 insbesondere damit beauftragt, in seinen Richtlinien Mindestvorgaben zu dem für die Versorgung erforderlichen therapeutischen Personal verbindlich festzulegen sowie Indikatoren zur Bewertung der Qualität zu entwickeln. Die Mindestvorgaben, die die bisher vorgesehenen Empfehlungen zur Personalausstattung ersetzen, sind aus Sicht von Fachexperten erforderlich, weil die bisherigen Vorgaben der Psych-PV ab dem Jahr 2020 außer Kraft treten. Da die therapeutische Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einen sehr personalintensiven Bereich darstellt, hängt die Versorgungsqualität hier in besonderem Maße von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in stationären Einrichtungen bedarf daher zur Sicherung der Strukturqualität weiterhin bindender Regelungen für die Personalausstattung. Mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben wird der Umfang des zur notwendigen Versorgung der Patientinnen und Patienten vorzuhaltenden Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Personalvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt.

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung möglichst auf der Grundlage wissenschaftlicher Evidenz festgelegt werden sollen, mit dem Ziel, eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten. Für die Festlegungen zur Personalausstattung sind danach insbesondere evidenzbasierte Leitlinien mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (S3-Leitlinien) von besonderer Bedeutung. Die Mindestvorgaben haben die in den Leitlinien vorgesehene Behandlung zu fördern. Soweit sich die Mindestvorgaben nicht aus S3-Leitlinien ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Darüber hinaus hat der G-BA die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen, die jedoch an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund des in Satz 2 neu eingefügten Auftrags an den G-BA, statt wie bisher lediglich Empfehlungen nunmehr verbindliche Personalmindestvorgaben in den Richtlinien zur Qualitätssicherung festzulegen.

Zu Buchstabe c

Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen zum 1. Januar 2020 greifen. Die Psych-PV tritt dementsprechend zum 1. Januar 2020 außer Kraft. Der G-BA hat deshalb die zur Sicherung der Versorgungsqualität erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 rechtzeitig vorher, bis spätestens zum 30. September 2019, erstmals zu beschließen, damit ein Wirksamwerden gemäß § 94 zum 1. Januar 2020 gewährleistet werden kann. Neben den Mindestvorgaben für die Personalausstattung sind bis dahin also auch erste Indikatoren für die Qualitätsbewertung zu entwickeln sowie Verfahren zu ihrer Erhebung und Auswertung zu etablieren. Der G-BA hat den Erkenntnisstand und die Entwicklungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu beobachten und notwendige Anpassungen der verbindlichen Mindestvorgaben und Indikatoren nach Satz 2 vorzunehmen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des neuen Satz 2.

Zu Nummer 9 (§ 136c)

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz ist ergänzend zu § 299 die erforderliche Rechtsgrundlage für den G-BA geschaffen worden, die einrichtungs- und nicht versichertenbezogenen Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu übermitteln. Durch die vorliegende Ergänzung wird diese Verpflichtung und Befugnis des G-BA zur Übermittlung der genannten einrichtungsbezogenen Daten aus Verfahren der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz Nummer 1 dahingehend erweitert, dass die Übermittlung auch an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu erfolgen hat. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dürfen Versorgungsverträge mit den Krankenhausträgern gemäß § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht schließen, wenn das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Ebenso sind sie gemäß § 110 Absatz 1 Satz 2 zur Kündigung des Versorgungsvertrags mit einem Krankenhaus verpflichtet, wenn das Krankenhaus bei maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist. Hierfür benötigen sie die regelmäßige Übermittlung von Auswertungsergebnissen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in gleicher Weise wie die zuständigen Landesbehörden.

Durch die jeweiligen Streichungen des Wortes „stationären“ wird klargestellt, dass die Auswertungsergebnisse nach Satz 1 neben den Ergebnissen aus der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung auch Ergebnisse der Krankenhäuser aus Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beinhalten können. Entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA in § 136 Absatz 2 Satz 1, die Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu gestalten, werden zunehmend Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung in sektorenübergreifende Verfahren überführt. Auch die Ergebnisse aus den datengestützten sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren sollen für die Umsetzung planungsrelevanter Indikatoren genutzt werden.

Zu Nummer 10 (§ 137)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass sich die Festlegung einer Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Krankenhäuser auf alle datengestützten Verfahren der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung bezieht. Der Begriff der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung umfasst sowohl die einrichtungsübergreifende stationäre als auch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Entsprechend des gesetzlichen Auftrags des G-BA in § 136 Absatz 2 Satz 1, die Qualitätssicherung in der Regel sektorenübergreifend zu gestalten, werden zunehmend Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung in sektorenübergreifende Verfahren überführt. Auch für die Dokumentationspflichten aus sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren muss für die Krankenhäuser grundsätzlich eine Dokumentationsrate von 100 Prozent gelten.

Zu Nummer 11 (§ 137a)

Die Änderung stellt klar, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) neben Forschungs- und Entwicklungsaufträgen auch Aufträge anderer Art vergeben kann. So kann das IQTIG auch in Bezug auf die Durchführung von Institutsaufgaben nach Absatz 3 einen Dritten beauftragen, wenn zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind.

Zu Nummer 12 (§ 137h)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt durch das KHSG.

Zu Nummer 13 (§ 271)

Mit der Änderung des § 271 Absatz 2 Satz 4 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 einmalig 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Mit diesen Mitteln werden einerseits Mehrbelastungen der GKV aufgrund der gesundheitlichen Versorgung von Asylberechtigten nach Erhalt eines Aufenthaltstitels und bei Versicherungspflicht in der GKV finanziert. Bei erfolgreicher Integration in den Arbeitsmarkt und der damit perspektivisch zu erwartenden Mehreinnahmen handelt es sich hierbei um vorübergehende finanzielle Auswirkungen. Andererseits werden mit den zugeführten Mitteln Investitionen in den Aufbau

einer modernen und innovativen Versorgung finanziert, die mittel- bis langfristig zu einer qualitativ besseren sowie wirtschaftlicheren Versorgung führen sollen. Dies gilt für die Investitionen in den Aufbau der Telematikinfrastruktur nach § 291a Absatz 7 Satz 5 Nummer 1. Entsprechend der Projektplanung entstehen hier im Jahr 2017 einmalige von den Krankenkassen zu finanzierende Investitionsbelastungen für die Erstausstattung der Arztpraxen mit Konnektoren, Kartenlesegeräten, VPN-Zugängen sowie den damit zusammenhängenden Installationskosten.

Eine anteilige Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist sachgerecht, da der Gesundheitsfonds über Reserven verfügt, die deutlich über die Mindestreserve hinausgehen. Zum Jahresende 2015 betrug die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds rund 10 Milliarden Euro. Das entspricht rund 60 Prozent einer durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgabe des Gesundheitsfonds. Gemäß § 271 Absatz 2 Satz 3 muss die Liquiditätsreserve nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 25 Prozent einer Monatsausgabe betragen. Das entspricht derzeit rund 4,3 Milliarden Euro. Dieser Mindestbetrag der Liquiditätsreserve wird auch nach Bereitstellung eines Betrages von 1,5 Milliarden Euro Ende 2017 noch deutlich überschritten. Eine Zuführung zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds ist damit möglich. Die Funktionen der Liquiditätsreserve als Instrument zur Absicherung gegen Einnahmeausfälle, zum Ausgleich unterjähriger Schwankungen in den Einnahmen des Gesundheitsfonds und zur Durchführung des Einkommensausgleichs bleiben unberührt.

Zudem können durch die Finanzierung vorübergehender Mehrbelastungen über Entnahmen aus der Liquiditätsreserve Schwankungen der Zusatzbeitragssätze vermieden werden.

Zu Nummer 14 (§ 293)

Mit den Neuregelungen im KHG (§ 2a KHG-E) und im SGB V werden der GKV-Spitzenverband und die DKG verpflichtet, eine Definition des Krankenhausstandortes festzulegen sowie auf deren Grundlage ein entsprechendes Verzeichnis für zugelassene Krankenhäuser und ihre Ambulanzen zu führen. Das Verzeichnis soll unter anderem Kennzeichen zum Standort und das Institutionskennzeichen der Krankenhäuser enthalten und ist zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband stellt darüber hinaus den Kostenträgern und dem G-BA das Verzeichnis zur Verfügung. Zu den Kostenträgern gehören insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. Soweit für Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung von Zuschlägen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung neben der Standortkennzeichnung eine Differenzierung nach Fachabteilungen erforderlich sein sollte, kann hierfür der Fachabteilungsschlüssel nach § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 verwendet werden. Im Übrigen richtet sich die Verwendung der Standortkennzeichen nach der jeweiligen Aufgabenstellung. Wenn es die konkrete Zwecksetzung erfordert, kann etwa der G-BA daher auch mehrere oder alle Standortkennzeichen eines Krankenhauses zusammenfassen. Bei der Standortkennzeichnung ist auch sicherzustellen, dass die jeweiligen Kennzeichen den Krankenhäusern über den gesamten Zeitraum ihrer Zulassung zugeordnet werden können. Das Statistische Bundesamt kann das Verzeichnis im Rahmen seiner Aufgaben zur Krankenhausstatistik nutzen. Das Bundeskartellamt benötigt die Daten zu Krankenhausstandorten insbesondere zur Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, um die Wettbewerbssituation regional bewerten zu können. Es erhält die Daten des Verzeichnisses im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern, um diese mit möglichst geringem Verwaltungsaufwand in sein eigenes Verzeichnis von Krankenhausstandorten einpflegen zu können. Den Selbstverwaltungspartnern wird die Möglichkeit eingeräumt, die Entwicklung und Führung des Standortverzeichnisses dem InEK zu übertragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des InEK aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG zu finanzieren, damit die Erfüllung dieser neuen Aufgabe für das InEK kostenneutral ist. Satz 4 verpflichtet die Krankenhäuser, die für den Aufbau, das Führen und die Pflege des Verzeichnisses erforderlichen Angaben zu übermitteln. Dabei haben die Krankenhäuser Veränderungen der sie und ihre Ambulanzen betreffenden Daten auch ohne Anforderung durch die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln. Eine fortlaufende Aktualisierung des Verzeichnisses in Abständen, die zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, soll gewährleisten, dass dem GKV-Spitzenverband, den Kostenträgern und dem G-BA zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen und mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie mit der Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA immer aktuelle Informationen vorliegen. Die Krankenhäuser erhalten eine dreijährige Vorlaufzeit, um die erforderlichen Umstellungen zur Nutzung des Kennzeichens für die genannten Zwecke vorzunehmen. Nach dem neuen § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 müssen sie ab dem 1. Januar des vierten auf die Verkündung folgenden Kalenderjahres das Kennzeichen für die Abrechnung der stationären Leistungen verbindlich angeben. Um die Richtigkeit der Kennzeichen im Vorfeld durch die Krankenkasse überprüfen zu lassen und

damit die Abrechnung sicherzustellen, kann das Krankenhaus das Kennzeichen auch für einen früheren Abrechnungszeitraum freiwillig bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse angeben.

Die DKG und der GKV-Spitzenverband werden verpflichtet, das Nähere zu der Art und dem Aufbau des Verzeichnisses, der Art und dem Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Kennzeichen sowie dem Verfahren ihrer Vergabe, zu den geeigneten Abständen der Aktualisierung des Verzeichnisses sowie zu dessen Finanzierung zu regeln. Damit die Umsetzung zeitnah erfolgt, wird eine Frist von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten vorgegeben. Sollten die DKG und der GKV-Spitzenverband bis dahin keine Vereinbarung getroffen haben, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen. Das Verzeichnis ist daraufhin zügig aufzubauen.

Zu Nummer 15 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 21 KHEntgG (vgl. Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe a und c).

Zu Buchstabe b

Psychiatrische Institutsambulanzen leisten einen wichtigen Versorgungsbeitrag an der Schnittstelle zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung. Sie erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen krankenhausnahen Versorgungsangebots bedürfen. Die Behandlung kann sich nach § 118 Absatz 1 aber auch auf die Behandlung von Patienten erstrecken, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Ärzten auf die Behandlung durch die psychiatrische Institutsambulanz angewiesen sind. Durch die Möglichkeit der Krankenhäuser, psychiatrische Institutsambulanzen gemäß dem neu eingefügten § 115d Absatz 1 künftig in die Durchführung der neu geregelten stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld im Auftragswege einzubeziehen, ist davon auszugehen, dass die Bedeutung der psychiatrischen Institutsambulanzen für die Versorgung psychisch kranker Menschen weiter steigen wird. Bisher fehlen häufig geeignete Angaben zum Leistungsinhalt und den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern, um die in den psychiatrischen Institutsambulanzen erbrachten Leistungen von der psychiatrischen Grundversorgung abzugrenzen. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Änderung das Ziel, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen Institutsambulanzen herzustellen. Hierfür werden die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 KHG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA-Doku-Vereinbarung) Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen und das Nähere zu der in § 101 Absatz 1 Satz 10 neu geregelten Datenübermittlung zu vereinbaren. Die Leistungsdokumentation soll dabei insbesondere Angaben zum medizinisch-therapeutischen Inhalt und der zeitlichen Dauer der Leistung enthalten. Die Festlegung der eingesetzten personellen Kapazitäten soll sowohl in qualitativer Hinsicht getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten als auch quantitativ nach Vollzeitäquivalenten erfolgen. Die Konkretisierung der Datenübermittlung nach § 101 Absatz 1 Satz 10 schließt die Festlegung geeigneter Übermittlungszeiträume mit ein. Mit der Vorgabe zur Konkretisierung der Anforderungen an die Dokumentation der Leistungsinhalte werden die Regelungen in dem neuen § 2a KHG und dem neuen § 293 Absatz 6 zur Transparenz über die Leistungsverortung im Hinblick auf die Transparenz der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen insgesamt ergänzt.

Zu Nummer 16 (§ 301)

Zu Buchstabe a

In § 301 Absatz 1 Satz 1 wird der Anwendungsbereich auf die Krankenhausträger erweitert, um auch eine standortübergreifende Abrechnung durch den Krankenhausträger zu ermöglichen.

Zu Buchstabe b

In § 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird festgelegt, dass auch das Kennzeichen nach dem neu angefügten § 293 Absatz 6 zu übermitteln ist. Hierfür wird ein zeitlicher Vorlauf von drei Jahren vorgesehen, sodass erst für den Abrechnungszeitraum des vierten Jahres nach der Verkündung das Kennzeichen verbindlich anzugeben ist. Um

die Richtigkeit der Verwendung des Standortkennzeichens durch die jeweilige Krankenkasse zu überprüfen, können die Krankenhäuser das Kennzeichen zur Abrechnung der stationären Leistung auch vor diesem Zeitpunkt angeben, sofern dieses dem Krankenhaus bereits zugeteilt wurde.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (§ 39), da die Krankenhausbehandlung nach der Neuregelung nicht im Krankenhaus, sondern im häuslichen Umfeld stattfindet.

Zu Artikel 6 (Änderung des Psych-Entgeltgesetzes – PsychEntG))

Die Geltung der Psych-PV wird um ein Jahr verlängert und die Psych-PV erst am 1. Januar 2020 aufgehoben, da bis zu diesem Zeitpunkt die Richtlinie des G-BA nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V umzusetzen ist. Mit dieser Richtlinie hat der G-BA Vorgaben wie etwa zur Strukturqualität zu treffen, die die bisherigen Vorgaben der Psych-PV als Mindestvorgaben zur Personalausstattung ablösen.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt, soweit in Absatz 2 nichts anders bestimmt ist, am 1. Januar 2017 in Kraft.

Zu Absatz 2

Damit die Änderungen zum Fixkostendegressionsabschlag bereits für die erstmalige Vereinbarung eines Abschlags gelten, treten die entsprechenden Änderungen zum Tag des Kabinettbeschlusses in Kraft. Da der Fixkostendegressionsabschlag von den Vertragsparteien auf Landesebene erstmals bis zum 30. September 2016 zu vereinbaren ist, wird durch das rückwirkende Inkrafttreten nicht nachträglich ändernd in Sachverhalte eingegriffen, die bereits in der Vergangenheit abgeschlossen worden sind. Soweit die Verhandlungen zur Vereinbarung eines Fixkostendegressionsabschlags am Tag des Kabinettbeschlusses noch nicht begonnen haben, hat die Neuregelung nur Bedeutung für künftige Sachverhalte. Am Tag des Kabinettbeschlusses bereits laufende Verhandlungen werden mit Wirkung für die Zukunft dem Genehmigungsvorbehalt unterstellt. Ein schützenswertes Vertrauen der Vertragsparteien, einen Fixkostendegressionsabschlag auch ohne Genehmigung der zuständigen Landesbehörde vereinbaren zu können, kann sich auf Grund der Neuregelung daher nicht bilden.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (NKR-Nr. 3759)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	Keine Auswirkungen
Wirtschaft	
Einmaliger Erfüllungsaufwand:	50.000 Euro
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	Ab 2019 10.000 Euro
Davon Bürokratiekosten:	10.000 Euro
Weitere Kosten:	2017 – 1,8 Mio. Euro ab 2018 – 3 Mio. Euro
Verwaltung (Bund)	
Einmaliger Erfüllungsaufwand (Bund):	321.000 Euro
Jährlicher Erfüllungsaufwand:	Ab 2019 79.000 Euro
Jährliche Entlastung (Länder):	353.000 Euro
‚One in one out'-Regel	Die jährliche Belastung, also das ‚In' fällt in den Anwendungsbereich der ‚One in one out'-Regel der Bundesregierung. Diese soll durch einen Teil der Entlastung aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften kompensiert werden.
Evaluierung	Bisher gibt es keine flächendeckenden Erfahrungen zu den Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Daher sollen diese nach fünf Jahren evaluiert werden. Im Fokus sollen dabei die Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die finanziellen Auswirkungen stehen. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Verband der Privaten Krankenversicherung werden gesetzlich verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Bericht hierzu vorzulegen.
Das Gesundheitsministerium hat die Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Verwaltung transparent und nachvollziehbar dargestellt. Daher macht der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.	

II. Im Einzelnen

Mit dem Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde bereits schrittweise ein leistungsorientiertes und pauschaliertes Entgeltsystem (in Kraft getreten 1. Januar 2013) für die Leistungen dieser Einrichtungen mittels eines lernenden Systems eingeführt.

Der Koalitionsvertrag vom 16. Dezember 2013 sieht für diesen Bereich vor, das Vergütungssystem systematisch zu überarbeiten. Infolge hat das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den maßgeblichen Akteuren ein Eckpunktepapier am 18. Februar 2016 vorgelegt, das mit vorliegendem Entwurf umgesetzt werden soll.

Schwerpunkte des Regelungsentwurfs sind u.a.:

- Ausgestaltung des bisherigen Entgeltsystems zu einem Budgetsystem unter Berücksichtigung regionaler und struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung.
- Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.
- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Psychiatrische Krankenhäuser u.a. erhalten die Möglichkeit, multiprofessionelle mobile Behandlungsteams für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in ihrem gewohnten Umfeld einzusetzen.
- Reduzierung von Dokumentationsaufwand – die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG, GKV-Spitzenverband und Verband der Privaten Krankenversicherung) werden verpflichtet jährlich zu überprüfen, inwieweit sich eingeführte Schlüssel des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (Kodierung von Krankenhausleistungen) noch für das Vergütungssystem eignen.
- Einführung eines leistungsbezogenen Vergleichs als Transparenzinstrument. Der leistungsbezogene Vergleich soll aufzeigen, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind. Krankenhäuser übermitteln hierfür die entsprechenden Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Zur Umsetzung werden das Krankenhausfinanzierungsgesetz, die Bundespflegesatzverordnung, das Krankenhausentgeltgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und das Psych-Entgeltgesetz angepasst.

II.1 Erfüllungsaufwand

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand von Bürgerinnen und Bürger.

Für die Wirtschaft ergibt sich ein einmaliger Erfüllungsaufwand von 50.000 Euro für die Schaffung der EDV-technischen Voraussetzungen zur Herstellung der Leistungstransparenz in psychiatrischen Institutsambulanzen.

Jährlicher Erfüllungsaufwand von 5.000 Euro entsteht zunächst für die Jahre 2017 und 2018. Ab 2019 erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand auf 10.000 Euro. Dieser ergibt sich aus zwei Informationspflichten für Einrichtungen im Zusammenhang mit den verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung und dem leistungsbezogenen Vergleich. Ab 2017 müssen die Nachweise über die Personalausstattung und ab 2019 darüber hinaus Daten für den leistungsbezogenen Vergleich an das InEK übermittelt werden.

Das Regelungsvorhaben hat sowohl auf die Verwaltung des Bundes als auch auf die der Länder Auswirkungen. Während für die Bundesverwaltung sowohl einmaliger als auch jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht, wird die Verwaltung der Länder jährlich entlastet.

Bund:

Für das InEK entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 35.000 Euro für die Erstellung des Konzeptes und der Einrichtung aller Strukturen für die Durchführung der neuen Aufgabe, künftig jährlich Vergleichswerte auf Landes-, Bundes- und ggf. weiteren Ebenen zu ermitteln (leistungsbezogener Vergleich). Darüber hinaus müssen die Vertragsparteien auf Grundlage des Konzeptes nähere Einzelheiten vereinbaren, wofür das BMG einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 47.000 Euro veranschlagt. Für die Ermittlung der Ergebnisse und der Bereitstellung der Ergebnisse durch das InEK, entsteht infolge jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 70.000 Euro ab 2019.

Darüber hinaus hat die Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld Auswirkungen auf den einmaligen Erfüllungsaufwand der Bundesverwaltung. Dieser setzt sich aus der Festlegung der Anforderungen an die stationsäquivalente psychiatrische Versorgung (47.000 Euro) und der Erstellung eines Berichts über die Auswirkungen der neuen Leistung bis Ende 2021 (100.000 Euro) zusammen.

Für die Durchführung der jährlichen Überprüfung des Dokumentationsaufwandes entsteht den Vertragspartnern im ersten Jahr ein etwas höherer Erfüllungsaufwand (16.000 Euro) als in den Folgejahren (8.000 Euro), da zunächst eine grundlegende Prüfung der bestehenden Klassifikation zur Kodierung (Schlüssel) von Operationen und Prozeduren durchgeführt werden muss.

Länder:

Aufgrund der Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für das neue Entgeltsystem für Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen, entfallen die bisher vorgesehenen jährlichen Verhandlungen des Landesbasisentgeltwerts und die Anpassung der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte an den Landesbasisentgeltwert je Bundesland (der Basisentgeltwert bildet die Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen). Dadurch werden die jährlichen Verhandlungsrunden für die 16 Bundesländer obsolet. Die Länder werden in Form von Personalkosten von insgesamt 353.000 Euro entlastet.

Weiterer einmaliger Erfüllungsaufwand von 84.000 Euro entsteht für das Treffen von Vereinbarungen für die Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten und der Erstellung eines entsprechende Verzeichnisses (zum Zwecke der Qualitätssicherung, Abrechnung stationärer Leistungen u.a.) sowie der Festlegung von Mindestdifferenzierungsmerkmalen für die Dokumentation der Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen und der dort eingesetzten personellen Kapazitäten.

Weitere Kosten für die private Krankenversicherung von 1,8 Mio. Euro in 2017 und 3 Mio. Euro ab dem Jahr 2018 entstehen aufgrund der Erhöhung des Mindererlösausgleichs für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 20 auf 50 Prozent.

Das Gesundheitsministerium hat die Auswirkungen auf die Wirtschaft und die Verwaltung transparent und nachvollziehbar dargestellt. Daher macht der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Dr. Ludewig	Catenhusen
Vorsitzender	Berichterstatter



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333